



**UNIVERSIDADE DO MINHO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
CUIDADOS DE ENFERMAGEM A FAMÍLIA COM IDOSO ACAMADO
ANO LETIVO 2017/2018 – 4.º ANO**

Autor: Lenisa Elizete Neves Lima Ramos, N.º 2820

Mindelo, 2017

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade do Mindelo Para a obtenção do Grau de Licenciatura em Enfermagem.

Cuidados de Enfermagem a Família com Idoso Acamado

Discente: Lenisa Elizete Neves Lima Ramos

Orientador: Carlos Feliciano Soares Almeida

Dedicatória

Dedico este trabalho ao meu Saudoso Pai, que foi sempre o pilar mais forte na realização desse sonho, que não mediu esforços para que o meu sonho e o dele se torna-se realidade e que sem ele nada disso seria possível.

Obrigado Pai, é pena não estares aqui nesta última fase do teu sonho!

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus por ter estado comigo em cada jornada, me dando forças e iluminando os meus caminhos.

A minha mãe pelo incentivo, amor e apoio em todas as horas, por ter acreditado sempre que este sonho seria possível.

Aos meus irmãos porque sei que posso contar com o vosso apoio incondicionalmente.

Ao meu esposo pela força nos momentos difíceis.

Ao meu orientador Enfermeiro Carlos Feliciano Soares Almeida pela atenção, carinho e disponibilidade.

Aos Enfermeiros do Sector de Cirurgia do Hospital Batista de Sousa.

A todos os meus colegas.

A todos que directo ou indirectamente contribuíram para que isto fosse possível.

Muito Obrigada

Epígrafe

“Não sei se a vida é curta ou longa demais para nós, mas sei que nada do que vivemos tem sentido, se não tocarmos o coração das pessoas.”

(Cora Coralina)

Resumo

Com este estudo intitulado “ Cuidados de Enfermagem a Família com Idoso Acamado” pretendeu-se saber junto dos enfermeiros e a família qual tem sido o papel do enfermeiro junto da família com idoso acamado e quais as limitações que estes enfrentam no cuidar deste idoso.

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, descritiva realizada no setor de Cirurgia do Hospital Baptista de Sousa, nesta investigação participaram 5 enfermeiros do setor e 4 representantes de famílias com idosos acamados hospitalizadas no momento do estudo, os dados foram recolhidos com base em uma entrevista estruturada e depois submetidas a análise.

É preciso inserir a família no processo do cuidar vendo o idoso como um ser indissociável, sendo que é com a família que o idoso passa a maior parte do seu tempo e na ausência de enfermeiros é este que faz a prática dos cuidados, é necessário ver o idoso como um ser biopsicossocial, tendo-o em conta como um todo, englobando a família nos cuidados.

A família tem necessidade de saber quando e como cuidar do seu idoso e ninguém mais que o enfermeiro está preparado para auxiliá-lo em tão árdua tarefa, é durante a hospitalização que se mostra o momento mais propício para realizar esta tarefa, pretende-se assim qualificar o familiar para o cuidado e diminuir assim as complicações que originam as hospitalizações recorrentes.

Este estudo terá uma abordagem qualitativa, a colheita de dados será através de entrevistas feitas a cinco Enfermeiros do sector de cirurgia do Hospital Baptista de Sousa e a três famílias de Idosos acamados que tenham sido hospitalizados neste mesmo sector,

Durante o estudo constatou-se que embora a vontade dos enfermeiros do sector seja enorme, não se tem conseguido desempenhar da melhor forma o seu papel junto da família destes idosos devidos as várias limitações no serviço e que a família não está preparada para o cuidado deste ente querido, que há um grande défice de conhecimentos por parte dela que põem em causa o cuidar do Idoso Acamado.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem, Família e Idoso Acamado

Abstract

With this study entitled "Nursing Care for the Family with the Elderly Bedridden" it was intended to know with the nurses and the family what has been the role of the nurse with the family with the elderly in bed and what limitations they face in caring for this elderly person.

This is a qualitative, descriptive study carried out in the Surgery sector of Baptista de Sousa Hospital. In this investigation, 5 nurses from the sector and 4 representatives of families with bedridden elderly hospitalized at the time of the study participated, data were collected based on a structured interview and then submitted for analysis.

It is necessary to insert the family in the process of caring, seeing the elderly as an indescribable being, being with the family that the elderly spend most of their time and in the absence of nurses is the one who does the practice of care, it is necessary to see the elderly as a biopsychosocial being, taking it into account as a whole, encompassing the family in care.

The family needs to know when and how to take care of their elderly and no one but the nurse is prepared to assist him in such an arduous task, it is during the hospitalization that the most propitious moment is shown to accomplish this task, to qualify the family member for care and thus reduce the complications that give rise to recurrent hospitalizations.

During the study, it was found that although the willingness of nurses in the sector is enormous, they have not been able to perform their role better with the family of these elderly due to the limitations imposed and relatives are completely unprepared to care for their elderly.

Key Word: Nursing, Family and Elderly Nursing Care

Índice geral

| | |
|--|----|
| Problemática e Justificativas | 3 |
| Capítulo I- Enquadramento Teórico..... | 7 |
| 1.1.Cuidar..... | 8 |
| 1.1.1.Cuidar em enfermagem | 9 |
| 1.2.Enfermagem | 11 |
| 12.1. Enfermagem da Família | 12 |
| 1.3.Família..... | 15 |
| 1.4.Envelhecimento/ Idoso..... | 16 |
| 1.4. 1. A Família e o Idoso | 21 |
| 1.4.2. Hospitalização no Idoso | 22 |
| 1.4.3. Causas que levam os idosos a ficarem acamados..... | 24 |
| 1.4.5. Cuidados de Enfermagem aos Idosos Acamados..... | 27 |
| 1.5.Cuidados de Enfermagem e a Filosofia de Virgínia Henderson | 29 |
| 1.6. Alguns Cuidados específicos a ter com o idoso acamado no leito..... | 31 |
| 1.7.Contributo de Enfermagem junto à família do idoso acamado | 34 |
| 1.8. Papel do Enfermeiro junto a família..... | 36 |
| 1.9.Plano de Cuidados no domicílio..... | 37 |
| Capítulo II- Metodologia..... | 39 |
| 2.1.Tipo de Pesquisa | 40 |
| 2.2. Amostra/ População | 41 |
| 2.3. Método de colheita de dados | 41 |
| 2.4. Campo Empírico | 42 |
| 2.5. Procedimentos éticos..... | 43 |
| Capítulo III- Fase Empírica..... | 44 |
| 3.Apresentação e Análise dos Resultados | 45 |
| 3.1. Análise dos Resultados das entrevistas aos enfermeiros | 45 |

| | |
|--|----|
| 3.2. Análise dos Resultados das entrevistas aos familiares | 52 |
| Considerações Finais..... | 60 |
| Propostas | 62 |
| Bibliografia | 66 |

| | |
|---------------------|----|
| Apêndices:..... | 70 |
| Apêndice I:..... | 72 |
| Apendice II:..... | 74 |
| Apendice III: | 75 |
| Apendice IV: | 76 |

Índice de tabelas:

| | |
|---|----|
| Tabela 1: Identificação dos participantes enfermeiros | 46 |
| Tabela 2: Identificação dos participantes familiares | 53 |
| Tabela 3: Tabela de mobilização..... | 64 |
| Tabela 4: Tabela de Nutrição..... | 65 |
| Tabela 5: Cronograma | 76 |

Abreviaturas

AIVD- Actividades Instrumentais de Vida diária

AVC- Acidente Vascular Cerebral

AVD- Actividades de vida diária

CMI- Comissão Medica Internacional

HBS- Hospital Baptista de Sousa

INPS- Instituto Nacional de Providencia Social

OMS- Organização Mundial de Saúde

ONU- Organização das Nações Unidas

Introdução

Este trabalho intitulado Cuidados de Enfermagem a Família com Idoso Acamado, surge no âmbito do Curso de Licenciatura de Enfermagem na Universidade do Mindelo, a escolha deste tema mostrou-se pertinente, uma vez que com o aceleramento do envelhecimento da população certamente aumentará o número de idosos acamados, com elevado grau de dependência.

Pelo facto de ser um problema que afecta não só o idoso, mas também a família do idoso acamado que ao receber alta hospitalar, terá que adaptar-se a nova condição, movendo esforços para melhorar o seu estilo de vida, adequar-se a esta situação nova, totalmente diferente da sua realidade, onde muitas vezes não são as mais adequadas.

Portanto a família é considerada o habitat natural da pessoa, é nela que somos conhecidos pelos nossos defeitos, qualidades e necessidades, neste sentido, podemos considerar importante o relacionamento do idoso com a família em qualquer fase da vida, em especial quando eles se tornam dependentes físicos e psicológicos.

Os idosos sendo bastante vulneráveis, apresentam uma combinação de limitações e doenças que reduzem sua capacidade funcional e, em consequência disso, acabam atingindo o seu emocional.

Como o conceito de saúde para OMS é o estado de bem-estar físico, psíquico e social, será fácil perceber que para caracterizar o idoso sadio e idoso doente é importante a caracterização de sua situação familiar, caberá ao enfermeiro conhecer a família e auxiliá-la em tão árdua tarefa que é a de cuidar de o idoso acamado.

Este estudo começa por apresentar a problemática e justificativa, estando estruturado em três fases, sendo a primeira fase o enquadramento teórico, a metodologia e a por último a fase empírica.

Para a realização deste estudo, foi necessário delimitar um campo empírico, no Hospital Baptista de Sousa, na enfermaria de Cirurgia, onde optou-se por realizar entrevistas ao enfermeiros com mais tempo neste serviço e a familiares de idosos acamados hospitalizados neste setor.

O estudo procurou salvaguardar os princípios éticos durante a investigação e as normas e princípios de investigação da Universidade do Mindelo na formatação e redacção de trabalhos científicos.

As informações foram recolhidas durante as entrevistas, posteriormente analisadas e interpretadas de modo a chegar a conclusões que proporcionassem a elaboração de estratégias para a resolução do problema.

Problemática e Justificativas

Problemática

Durante os ensinamentos clínicos pudemos verificar que a hospitalização de pessoas idosas acamadas é uma constante no sector de Cirurgia no Hospital Baptista de Sousa, que por vezes são internadas devido a complicações do seu estado de saúde, nomeadamente aparecimento de úlceras de pressão, o que leva a crer que esses idosos não recebem o melhor cuidado nos seus domicílios.

É também de salientar que há casos em que os idosos são hospitalizados por outras patologias físicas e psicológicas, com agravamento dessas patologias os idosos acabam por se tornarem acamados, nomeadamente amputação dos membros inferiores, paralisia dos membros, agravamento de doenças oncológicas, entre outros ou seja são muitos os factores que levam as pessoas a sofrerem danos irreversíveis, as quais se deparam em leito hospitalar acamados.

A hospitalização destes utentes tem sido um factor recorrente ou seja estes estão sujeitos a sucessivas hospitalizações, é notável na pratica clinica que os familiares destes utentes não demonstram qualquer tipo de preparo no cuidado destes idosos.

Quando esses utentes recebem alta hospitalar e precisam retornar aos seus domicílios, são forçados a uma transformação radical no estilo de vida e terá que adaptar-se em seu âmbito familiar e social, na busca de manter uma qualidade de vida que contemple suas necessidades da melhor maneira possível.

Quando este indivíduo retorna ao seu lar, a família se depara com uma situação oposta a sua realidade, onde as condições familiares muitas vezes não são as mais favoráveis, pois existe uma grande carência de conhecimentos para que possam cuidar destes utentes que necessita de cuidados especiais.

Esses utentes estando nessas situações de vida, estão a um passo de ocupar novamente um leito hospitalar, se não obtiver cuidados adequados em seu leito domiciliar.

Justificativa

Este trabalho justifica-se tendo em vista que os cuidados e assistência de enfermagem hoje têm seu foco principal nos pacientes acamados em leitos hospitalares, onde deparamos com a necessidade de ter um olhar amplo, para que os idosos acamados possam usufruir de assistência humanizada, voltada para o atendimento de suas necessidades humanas básicas.

Para se justificar o aumento do envelhecimento, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o envelhecimento da população é um fenómeno de amplitude mundial e prevê que:

“ em 2025 existirão 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos. É um processo dinâmico e progressivo em que ocorrem modificações tanto morfológicas como funcionais, bioquímicas e psicológicas e, que determina a progressiva perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao ambiente, ocasionando vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que podem levá-lo à morte”. Machado (2006).

Cabo Verde atingiu a esperança média de vida de 73.3 anos, superando os 71.4 anos correspondentes à média mundial, de acordo com as atuais estatísticas divulgadas pela OMS. Oceanpress (2016)

Em 2016 foram realizadas as estatísticas de saúde de 194 países e foi constatada que a esperança média de vida em 2015 era de 71.4 anos, sendo 73.8 para mulheres e 69.1 anos para os homens, mais 5 anos em comparação com o ano 2000. Oceanpress (2016)

Segundo a Oceanpress num artigo de 2016: Cabo Verde enfrenta um processo de evolução demográfica, caracterizada pela redução dos níveis de mortalidade e de fecundidade e pela redução dos movimentos migratórios para o exterior. Entre 2000 e 2010, de acordo com o último Censo a taxa anual de crescimento populacional foi de 1,2%. A população com a idade igual ou superior a 60 anos cresceu em termos absoluto, passando de 37.116 (2000) para 37.815 (2010), representando 7,7% da população total residente.

Ainda segundo a mesma fonte o nosso País mantém actualmente a tendência de evolução demográfica, prevê-se a duplicação da população cabo-verdiana, acentuando-se o aumento a nível da população idosa, particularmente no efectivo de população com 60 e mais anos.

Tratando-se todavia de um país de emigração, é de se considerar ainda a possibilidade de retorno de emigrantes na faixa etária a partir dos 60 anos, o que poderá aumentar o efectivo residente de pessoas da terceira idade. Boletim da República de Cabo Verde nº38 (2011).

Não existem estudos aprofundados sobre a situação da terceira idade a nível nacional, sabe-se no entanto que a maior parte dos idosos vive no seio da família, sob a protecção dos filhos ou de outros familiares, enfrentando todavia problemas que vão desde questões básicas de sobrevivência, ao isolamento, à falta de afectividade e outros resultantes do fenómeno de desestruturação familiar.

Regista-se que em cada 100 idosos, 31 deparam-se alguma deficiência que dificultam a mobilidade, 43,3% apresentam problemas de visão; 23,3% são portadores de deficiência auditiva e 11% encontram-se em situação de dependência, dependendo de apoio de terceiros para satisfazer as suas necessidades básicas. Boletim da República de Cabo Verde nº38 (2011)

Segundo dados recolhidos no Hospital Baptista de Sousa, só no sector de Cirurgia, estiveram hospitalizados 264 Idosos no ano de 2012, 217 em 2013, 220 em 2014, 228 em 2015 e 240 em 2016 (dados do serviço de Estatística do HBS).

O que indica que ao longo dos anos as hospitalizações em idosos tem aumentado número bastante elevado visto que, se adicionar aos outros setores os internamentos realizados a idosos acamados seriam muito superiores, o que acaba por demonstrar que estes idosos precisam ter um cuidado especial e adequado pelos seus familiares no domicílio.

É neste sentido que o Enfermeiro poderá intervir transmitindo conhecimentos através da Educação para saúde junto da Família de forma a diminuir as possíveis complicações nomeadamente as úlceras de pressão que é a mais verificada, transmitindo-os um saber de forma a melhorar a qualidade de vida destes Idosos e a gerar uma melhor satisfação e interacção entre os membros.

Com isto é de se esperar que o número de hospitalização seja bem menor e que as Famílias deixam de fazer um cuidado empírico e sintam-se capacitadas e motivadas a desempenhar um cuidado adequado aos seus Idosos.

Portanto para melhor estudar o tema apresentado achou-se pertinente elaborar a seguintes objectivos:

Objectivo Geral:

- ❖ Descrever os cuidados de Enfermagem prestado a Família com Idoso Acamado pelos Enfermeiros do Serviço de Cirurgia do Hospital Dr. Baptista de Sousa (H.B.S).

Objectivo específico:

- ❖ Identificar limitações e problemas vivenciadas pelas famílias e enfermeiros do serviço de Cirurgia do H.B.S que põe em causa o cuidar do idoso acamado.
- ❖ Identificar a função do enfermeiro do serviço de Cirurgia do H.B.S no apoio a família com idoso acamado.

Capitulo I- Enquadramento Teórico

Em qualquer investigação científica torna-se necessário esclarecer conceitos chave, e a partir daí definimos **Cuidado, Família e Idoso** como sendo as palavras-chave do tema tratado, de acordo com os objectivos traçados torna-se necessário abordá-los de modo a fundamentar a investigação para isso recorreremos a revisão bibliográfica.

1.1.Cuidar

Desde o início dos tempos que o acto de cuidar tem vindo a fazer parte da existência do homem. A origem do cuidar surgiu na imagem materna que cuida do seu filho, preservando a sua sobrevivência.

De acordo com Collière (1999):

“Durante milhares e milhares de anos, a prática de cuidados correntes, isto é, todos os cuidados que suportam a vida de todos os dias, liga-se fundamentalmente às actividades da mulher. É ela que dá à luz, é ela que tem o encargo de “tomar conta” de tudo o que mantém a vida quotidiana nos seus mais pequenos pormenores”.

Primeiramente, o cuidar foi visto como forma indispensável de assegurar a continuidade da vida humana, individual e em grupo, fazendo recuar a morte. O cuidar envolvia, então, actividades como cuidar do território, repelir o inimigo, protecção da família e pertences materiais, actividades mais ligadas ao homem. A mulher, por sua vez, cuidava das crianças, assegurando e mantendo a continuidade da vida humana.

O cuidar era considerado imprescindível para assegurar a vida humana e evitar a morte, fazendo-a recuar. O acto de cuidar é então uma das mais velhas experiências da história da humanidade: pelo que podemos dizer que a enfermagem é uma ocupação que surgiu com a própria vida.

Conforme Collière (1999) “(...) os cuidados prestados pelas mulheres consagradas não constituem objetivo de uma avaliação financeira porque estas mulheres estão ao serviço de Deus, da igreja e dos pobres”.

Assim, com o passar do tempo a imagem da mulher associada ao cuidar, manteve-se. Surgiram as mulheres consagradas, ligadas à igreja, que desempenhavam o papel de enfermeiras, dedicando as suas vidas ao cuidar dos que mais necessitavam.

As enfermeiras, mulheres consagradas, exerciam a sua prática como um acto de caridade, dedicando totalmente as suas vidas a cuidar dos sofredores.

1.1.1. Cuidar em enfermagem

Ao reflectir sobre a existência humana, compreendemos que mesmo quando primitivo, o Homem sentia necessidade de cuidar do seu semelhante, colocando ao dispor do outro todos os meios disponível para recuperar a sua condição de saúde, cuidando do seu próximo.

Ao procurar o significado do cuidar, Souza, Sartor, Padilha, e Prado, (2005) referem que o cuidar significa “ (...) desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção (...)” referem ainda que pode também “(...) ser entendido como o modo de estar com o outro desde o nascimento, promoção e recuperação de saúde, até á sua própria morte.”.

Para Waldow, Lopes, e Meyer (1998), o cuidar em enfermagem consiste em envidar esforços transpessoais de um ser humano para outro, visando proteger, promover e preservar a humanidade, com o objectivo de ajudar as pessoas a encontrar significado na doença, sofrimento e dor, bem como na existência. E ainda ajudar o outro a obter autoconhecimento e controlo para a sua cura.

Para Hesbeen (2000) o cuidar tem a ver com a atenção, com o estar atento a alguém ou a alguma coisa. Por conseguinte, o conceito de cuidar ou fazer com cuidado realça essa atenção particular. Para este mesmo autor a expressão prestador de cuidados não deverá ser atributo somente dos enfermeiros, pois, considera que a acção de prestar cuidados deverá dizer respeito a todos os profissionais que exercem a sua actividade com as pessoas que necessitam de cuidados, sejam eles cuidados médicos ou cuidados de enfermagem.

Watson (1985) refere a necessidade de o enfermeiro ter sensibilidade para consigo e para com o outro como um dos factores de cuidado. Daí podermos afirmar que é preciso ter um alto nível de percepção e intuição para sentirmos o modo como o outro pode deixar ou não transparecer os seus sentimentos, e as suas preocupações.

“Mas para que o enfermeiro possa estabelecer uma relação de ajuda e de confiança tem de ver a pessoa como um ser humano único, pensante e sensível e não como um objecto do seu cuidado, precisa de entender o outro como um ser humano para ser compreendido e não como um objecto para ser manipulado e tratado”. Watson (1985).

Isto implica que o enfermeiro tenha desenvolvido valores como a amabilidade, o respeito, o afecto por si e pelos outros, que tenha a capacidade de gostar de pessoas e de apreciar a diversidade e a individualidade.

Watson (1988) desenvolveu uma teoria de Human Care que se situa-se no paradigma da transformação, em que os cuidados de enfermagem são personalizados, a pessoa considerada como um todo indissociável do meio que a rodeia, desenvolvendo a sua qualidade de vida, segundo as suas potencialidades e prioridades, e o enfermeiro e a pessoa são parceiros no processo de cuidar.

Para Watson (1988), o Human Care requer do enfermeiro conhecimentos do comportamento humano e das respostas humanas aos problemas de saúde actuais e potenciais:

- ✓ Conhecimento e compreensão das necessidades individuais,
- ✓ Conhecimento de como responder as necessidades do outro,
- ✓ Conhecimento das nossas forças e limitações,
- ✓ Conhecimento de quem é a outra pessoa, mas suas forças e limitações,
- ✓ O significado da situação para ele ou para ela,
- ✓ O saber como o confortar,
- ✓ Oferecer compaixão e empatia.

A prática dos cuidados de enfermagem centrada na relação interpessoal de um enfermeiro com uma pessoa ou de um enfermeiro com um grupo de pessoas, família ou comunidade, o cuidado deve ter concepção holística da pessoa, na qual o enfermeiro reconhece a pessoa como um todo.

1.2. Enfermagem

Para Mantovani (2008) a enfermagem é uma profissão que integra a ciência e a arte no cuidado do ser humano, com a finalidade de promover, manter e restaurar a saúde. “É considerada arte e ciência de pessoas que cuidam de outras”

Segundo Almeida (2000),

“Enfermagem é uma das profissões da área da saúde cuja essência e a especificidade é o cuidado ao ser humano individualmente, na família e ou na comunidade, desenvolvendo atividades de promoção, prevenção de doenças recuperação e reabilitação da saúde, atuando em equipes. A enfermagem se responsabiliza através do cuidado pelo conforto, acolhimento e bem estar dos pacientes seja prestando o cuidado, seja coordenando outros setores para prestação da assistência e promovendo a autonomia através da educação em saúde”

Foi com as mulheres consagradas que começou a surgir o significado de ser enfermeiro. Estas não tinham conhecimentos técnicos e científicos sobre o cuidar, este era apreendido em função das vivências e experiências.

Assim, durante muito tempo a enfermagem foi considerada como uma profissão inferior, sem qualquer base científica, assumia um carácter essencialmente empírico.

As enfermeiras eram mulheres que pertenciam a associações religiosas, não possuíam conhecimentos, desenvolviam as suas actividades por tentativa e faziam apenas curativos.

Assim, Florence Nightingale foi a primeira a salientar o cuidar como algo humano, de profundo sentindo a necessidade de instruir uma profissionalização da enfermagem vocacionada para o cuidar.

Posteriormente, a enfermagem torna-se uma profissão mais respeitável e directamente ligada à medicina e aos conhecimentos relativos a esta. A enfermeira passa, então, a ser vista como auxiliar do médico, executando tudo o que o médico dizia ser necessário para cuidar do doente, cumprindo prescrições, rotinas relacionadas com o diagnóstico feito pelo médico.

Ao longo dos anos, com a ajuda do desenvolvimento dos conhecimentos em enfermagem e ao aparecimento das diferentes teorias, foi possível levar a enfermagem como ciência.

Nos nossos dias, a enfermagem assume cada vez mais o papel de cuidar, sendo o seu principal objectivo, valorizar a pessoa como um ser holístico

Assim, pretende-se que o Enfermeiro seja um profissional responsável pela promoção da saúde, pela prevenção da doença e pela recuperação da saúde dos indivíduos, dentro da sua comunidade e seja preparado para intervir em todas as áreas da saúde.

12.1. Enfermagem da Família

O objetivo da Enfermagem da Família trabalhar em parceria com a família para manter o bom funcionamento, restaurar a saúde e evitar ou reduzir os efeitos das doenças nos membros mais idosos.

Considerando que a família é:

“a primeira unidade social onde o indivíduo se insere, contribuindo para o seu desenvolvimento e socialização” Figueiredo, (2009), é também aí que o indivíduo apreende os comportamentos de saúde e doença. A família torna-se assim um cliente para a enfermagem em que, “o enfermeiro possui uma posição única para influenciar os cuidados e o bem-estar das famílias e que deve deste modo, centrar-se na unidade familiar enquanto foco de cuidados”. Silva (2009)

Consultando as directrizes da OMS (2000) descritas na Declaração de Munique de 2000, reconhece-se a família como alvo de cuidados, centrado nos sistemas e cuidados de saúde.

Considerando que a Família:

“compõe-se de dois ou mais indivíduos emocionalmente implicados e que se identificam como unidade familiar. A família envolve pessoas relacionadas pelo casamento tradicional, ou não tradicional, por laços sanguíneos, por adopção ou amizade. É um sistema social com os seus próprios valores, estrutura e funções bem definidas, e evolui através das diferentes etapas de vida”.Friedman (1992).

A família é assim um conceito relevante para a enfermagem e como tal, é essencial que os profissionais alarguem os seus conhecimentos e aptidões, e que se dediquem ao estudo sobre as famílias, que têm influência directa na saúde dos indivíduos e da comunidade.

Tal como Hanson refere, “a saúde de um indivíduo afecta toda a função da família, e por sua vez, a função da família afecta a saúde de cada indivíduo. Assim, a avaliação da saúde familiar envolve a avaliação simultânea dos membros da família e de todo o sistema familiar”. Hanson (2004).

Podemos verificar isto na vida diária quando um membro da família está com problemas, este afecta toda a família, um exemplo é quando o idoso torna-se acamado, a família vai sofrer alterações nos seus hábitos, o idoso vai requerer mais tempo da família, a família terá que se organizar no processo de cuidado, partilhar tarefas, transmitir ânimo ao idoso ou seja o problema atinge toda a família.

Assim sendo podemos também falar sobre o conceito de **saúde familiar**, que é um “estado dinâmico de relativa mudança de bem-estar, que inclui os factores biológico, psicológico, espiritual, sociológico e cultural do sistema familiar; a enfermagem de saúde familiar inclui a promoção da saúde, bem como o tratamento de doenças crónicas e agudas”. Hanson (2004).

A enfermagem de família pode dirigir a sua intervenção de acordo com diversas abordagens, e como tal os enfermeiros devem ter em conta diversos factores, tais como: “o contexto dos cuidados de saúde, as circunstâncias familiares, e os recursos do enfermeiro” Hanson (2004).

Estes permitirão que o enfermeiro decida que abordagem irá utilizar, contudo será importante ter em conta todas as abordagens.

De acordo com Hanson (2004) são quatro as abordagens face à família.

A primeira abordagem refere-se à família como contexto, em que os cuidados de enfermagem à família se concentram na “avaliação e nos cuidados a um cliente individual, na qual a família é o contexto (...) o indivíduo é colocado em primeiro plano, e a família em segundo, sendo que esta serve de contexto ao indivíduo, como um recurso ou um factor de stress para a sua saúde e doença”. Hanson (2004).

A segunda abordagem designa-se por família como cliente, que se centra na:

“avaliação de todos os membros da família; a família como cliente é o alvo dos cuidados. (...) a família está em primeiro plano e os indivíduos em segundo, (...) vista como a soma dos seus membros, e o foco das atenções está centrado em cada indivíduo. Cada pessoa é avaliada e os cuidados de saúde são prestados a todos os membros. Contudo, a unidade familiar não é necessariamente a principal razão de prestar cuidados” Hanson (2004).

A terceira abordagem refere-se à família como um sistema em que,

“o alvo é a família como cliente, e esta é vista como um sistema interactivo, no qual o todo é mais do que a soma das suas partes, (...) as interacções entre familiares tornam-se no alvo das intervenções resultantes da avaliação da enfermagem. (...) concentra-se simultaneamente no indivíduo e na família. A ênfase é colocada nas interacções entre os membros da família. (...) O sistema familiar está implantado dentro de um sistema comunitário mais vasto. (...) se um familiar adoece, a situação afecta todos os outros membros da família”. Hanson (2004).

E por fim, a quarta abordagem que perspectiva a família como uma componente da sociedade, ou seja, vê a família como um dos grupos pertencentes à sociedade “a família como um todo interage com as outras instituições para receber, trocar, ou fornecer comunicação e serviços” .Hanson (2004).

Tomando a família como alvo de cuidados de enfermagem, é possível promover a capacitação da mesma face às exigências do seu desenvolvimento. Assim, ao direccionar o foco de atenção quer para a família, quer para os seus membros individualmente, é possível prestar cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família, e promover a parceria em cuidados.

Tal como refere Figueiredo (2009), a prática da enfermagem de família deve considerar as necessidades das famílias como um todo e não apenas como as necessidades do indivíduo, o reconhecimento das crises interpessoais, do seu impacto na família e ênfase no estilo colaborativo, que respeite as forças das famílias e lhes dê apoio para encontrar as suas próprias soluções para os problemas identificados.

1.3.Família

A família existe desde sempre segundo antropólogos e arqueólogos existem fontes históricas escritas que comprovam a existência de famílias desde a pré-história, tinham formas diferentes das de hoje, porém as funções familiares tem-se mantido constante ao longo do tempo.

Eram e continuam a ser parte da comunidade, constituindo uma unidade básica da sociedade, o processo, a estrutura e a função da família era em função as necessidades diárias. Com o avanço das civilizações as comunidades foram crescendo, as famílias e as comunidades tornaram-se mais instituídas.

A cultura familiar resultou de aspetos da vida de um grupo que foi assim partilhado por outros grupos, sendo assim composto por valores e atitudes que permitiram que as primeiras famílias se comportassem de forma cuidada.

As definições da família têm vindo a progredir ao longo dos tempos, centrando-se de acordo a diferentes aspectos e com o paradigma da área respetiva, sendo a família um dos nossos objectos de estudo, achou-se pertinente defini-lo, de acordo com diferentes áreas.

Na área Legal, a família representa as relações estabelecidas por laços de sangue, adopção, tutela ou casamento, na área biológica são as redes genéticas biológicas entre as pessoas, na sociológica são os grupos de pessoas que vivem juntas e na psicológica, são grupos com fortes laços emocionais.

Moore (1997) definiu a família é como sendo a instituição social básica, a partir da qual muitas outras se desenvolveram a medida que se foram tornando necessárias, ainda refere que a família tem por objectivo a realização de determinadas funções, nomeadamente a de proteger os seus membros e Por isso é muitas vezes designada como a unidade funcional básica da sociedade, cujos membros estão especialmente determinados a cuidar uns dos outros, tanto física como emocionalmente.

De acordo com Friedman (1992) a família:

“Compõe-se de dois ou mais indivíduos emocionalmente implicados e que se identificam como unidade familiar. A família envolve pessoas relacionadas pelo casamento tradicional, ou não tradicional, por laços sanguíneos, por adopção ou amizade. É um sistema social com os seus próprios valores, estrutura e funções bem definidas, e evolui através das diferentes etapas de vida”.

Stanhope (1999) referiu que além das expectativas sociais sobre o comportamento dos membros da família, cada família tem também expectativas. Estas podem ou não ser congruentes com as da sociedade. Cada família tem tendência a alterar os papéis familiares e os comportamentos esperados de um papel, tendo em conta a estrutura e as forças internas e externas à unidade familiar.

A saúde física e emocional dos membros da família ocupam um papel importante no seu funcionamento. Como os membros das famílias são interconectados e dependentes uns dos outros, ao decorrer de qualquer mudança de saúde de algum dos seus membros, todos demais são afectados e a unidade familiar como um todo será alterada.

Para além das funções já descritas, uma função básica da família é a de proteger a saúde dos seus membros e dar apoio e resposta às necessidades básicas durante os períodos de doença.

A família é um sistema social primário dentro do qual o utente se desenvolve, é cuidado, torna-se apto para o convívio social e onde o crescimento físico e pessoal é promovido. É dentro do grupo familiar que os seus elementos desenvolvem o conceito de saúde e adquirem hábitos de saúde.

Apoiar a família na sua habilidade para desempenhar as tarefas relacionadas com a saúde, contribui para que a família assuma essas responsabilidades. É através da ajuda que a família reforça os seus recursos e intervém mais directamente, quando necessário, tendo em conta a situação familiar.

1.4. Envelhecimento/ Idoso

Como sabemos ninguém nasce velho, no decorrer da vida normal nascemos, crescemos, amadurecemos, envelhecemos e morremos, portanto o envelhecimento é um processo que ocorre ao longo da vida.

Cada um de nós vai envelhecendo gradualmente, de forma única e individual, pois as experiências que vivenciamos diz respeito a cada um de modo individual.

O envelhecimento pode ser definido como um processo de desgaste gradativo de todas as partes do nosso corpo, diminuindo com o passar do tempo a nossa capacidade de adaptação aos diferentes desafios e situações.

Para se falar de envelhecimento torna-se necessário compreender a **Gerontologia** e a **Geriatria**.

Gerontologia é uma ciência que estuda a vivência dos homens e das mulheres que envelhecem e interessa-se tanto pelas pessoas saudáveis como doentes, designa-se também do estudo do processo de envelhecimento sob todos os aspectos, este abarca quatro aspectos mais distintos:

- ❖ **Envelhecimento físico:** perda progressiva da capacidade de o corpo se renovar.
- ❖ **Envelhecimento psicológico:** transformação de processos sensoriais, perceptuais, cognitivos e da vida efectiva do individuo
- ❖ **Envelhecimento comportamental:** modificações enquadradas num determinado meio e grupo, modificando as expectativas, motivações, auto- imagem, papéis sociais, personalidade e adaptação.
- ❖ **Contexto social do envelhecimento:** É a influência que o individuo e a sociedade exercem um sobre o outro, diz respeito a saúde, a família, ao rendimento económico, ao trabalho, etc.

Estes aspectos estão interligados e influenciam na vida dos idosos.

Tem como objectivos tratar de aspectos biológicos, sociais, psicológicos e legais do envelhecimento, promove pesquisas que possam esclarecer os processos envolvidos ao envelhecimento.

Atua na Prevenção, no ambiente, na reabilitação e nos cuidados paliativos.

Na prevenção: propõe intervenções que se antecipem aos problemas mais comuns que afectam os idosos e orienta a criação de condições adequadas para um envelhecimento com qualidade.

No ambiente: orienta a criação de condições ambientais para uma vida com qualidade na velhice, focando os mais variados espaços por onde circulam ou vivem pessoas idosas.

Na reabilitação: propõe intervenções quando ocorreram perdas que são resgatáveis e, quando irreversíveis, orienta a criação de condições individuais e ambientais para uma vida digna.

Nos cuidados paliativos: propõe intervenções quando ocorrem doenças progressivas e irreversíveis, abrangendo aspectos físicos, psíquicos, sociais e espirituais, com atenção

estendida aos familiares, visando o maior bem-estar possível e a dignidade do idoso até a sua morte.

Geriatria designa como um ramo de medicina de aspectos médicos, psicológicos e sociais da saúde e da doença nos idosos, advém da gerontologia uma vez que permite que os idosos recebam cuidados individualizados, conservando um certo grau de autonomia.

Objetivos da Geriatria:

- ❖ Manutenção da Saúde em idades avançadas
- ❖ Manutenção da funcionalidade
- ❖ Prevenção de doenças
- ❖ Detecção e tratamento precoce
- ❖ Máximo grau de independência
- ❖ Cuidado e apoio durante doenças terminais
- ❖ Tratamentos seguros

A pessoa é um ser no mundo que comporta a dimensão biológica, psicológica, sociológica, cultural e espiritual, que interage com o seu meio ambiente. As características relativas ao desenvolvimento destas dimensões que caracterizam a pessoa podem ser tão distintas que qualquer classificação se torna arbitrária. Pimentel (2005)

Alguns autores consideram que esta fase começa entre os 60 e os 65 anos de idade. A OMS admite diferentes fases de velhice, tendo em conta o aumento da esperança de vida: idade madura dos 60 aos 69 anos, idade avançada dos 70 aos 89, grande idade a partir dos 89 anos.

Na maioria das literaturas de geriatria e gerontologia, a pessoa idosa é assim considerada a partir dos 65 anos, mas segundo a ONU aceita-se os 60 anos por os países desenvolvidos terem uma esperança de vida menor.

Somente a idade cronológica não é suficiente para determinar o envelhecimento, deverá ser acompanhado de outras particularidades que possam diferenciar o idoso de outros grupos.

Durante muito tempo o ser idoso foi percepcionado como algo patológico, porém ser idoso não é necessariamente estar doente, mas sabemos que com o avançar da idade os

sistemas funcionais detiorizam-se com maior facilidade, ocorrendo assim mudanças no organismo, o que normalmente origina a decréscimo da força física, mobilidade, equilíbrio e resistência.

Nesta fase da vida do ser humano é comum o aparecimento das doenças crónicas que contribuem para a incapacidade e dependência física da pessoa.

Karsh (2003), refere que a maioria das pessoas com 65 anos sofre de pelo menos uma doença crónica, o que poderá interferir com a sua independência/dependência e ou autonomia.

Envelhecer é em sentido lato, um processo segundo o qual qualquer organismo vivo, tal como o corpo humano, existe no tempo e vai-se alterando fisicamente através de um desenvolvimento contínuo até culminar na morte.

Envelhecer "é um processo multidimensional que comporta mecanismos de reparação e de destruição desencadeados ou interrompidos em momentos e a ritmos diferentes para cada ser humano". Berger e Mailloux-Poirier (1995).

As modificações do envelhecimento não ocorrem da maneira igual, uma mesma função e os ritmos do envelhecimento podem acontecer de forma diferente de pessoa para pessoa. Assim como os factores genéticos, hereditários, o meio ambiente, os estilos de vida influenciam no envelhecimento.

O envelhecimento, processo universal e complexo, pode ser considerado um processo contínuo que acompanha a pessoa ao longo da vida. No entanto, uma evolução mais rápida e mais notória observa-se nas últimas fases da vida das pessoas. Fernandes (2000)

É um processo normal da vida humana por qual todos passamos, nascemos, crescemos e envelhecemos e vai ser as influências externas que determinam a forma como vamos envelhecendo.

Portanto podemos dizer que o envelhecimento é dependente de factores intrínsecos (factores genéticos e hereditários) e factores extrínsecos (estilos de vida, estado nutricional, ambiente, actividades, sistema de saúde, educação).

Tendo em conta que o processo de envelhecimento acontece de forma progressiva a partir da idade adulta, em que ocorre a formação da identidade permanecendo para toda

vida, podemos considerar o envelhecimento como sendo um processo de desenvolvimento que exige aprendizagem, ajustes, participações.

Os idosos apresentam um conjunto de limitações e doenças que diminuem sua capacidade funcional e, em resultado disso, acaba afectando o seu lado emocional.

Sendo que este trabalho sobrepõe sobre o Idoso acamado achou-se pertinente clarificar o conceito de dependência.

Dependência, na prática geriátrica, remete-nos a ideia de fragilidade, que é vista como uma vulnerabilidade que a pessoa apresenta face aos desafios próprios do ambiente, essa condição é observada em pessoas com uma combinação de doenças ou limitações funcionais que reduz a capacidade de adaptar-se ao stress causado por doenças agudas, crónicas, hospitalizações ou outras situações de risco. Caldas (2003).

A Dependência é definido como o estado no qual se encontram as pessoas que, por razões ligadas à falta ou perda de capacidade física, psíquica ou intelectual, necessitam de uma assistência e ou ajuda de outra pessoa para realizar os actos correntes de vida.

Estes actos correntes da vida são referidos, em contexto científico numa perspectiva geriátrica de “Actividades de Vida Diárias” (AVD) e “Actividades Instrumentais da Vida Diária” (AIVD).

As **AVD** referem-se ao autocuidado, permitem à pessoa cuidar de si próprio como, por exemplo, lavar-se, vestir-se, ir à casa de banho, ter controlo de esfíncteres e alimentar-se.

As **AIVD** são as requeridas para poder viver em grupo, comunidade e relacionar-se com as pessoas, exemplo disso são actos tais com: limpar, cozinhar, fazer compras, utilizar meios de transporte, lidar com dinheiro, tomar a medicação, usar o telefone, entre outras. A perda destes actos pode ocorrer antes das AVD, pois são mais complexas. Conselho da Europa (1998) e Cantera (2000).

1.4. 1. A Família e o Idoso

Na verdade, a população idosa é proveniente de uma época com marcados valores culturais, na qual a família exercia importante papel. Para os familiares cuidar dos doentes era honroso, considerando a família centro de intimidade e centro de abertura em relação ao cuidado do idoso. Leme; Silva (2009).

Na população idosa, os valores culturais são marcados pelo importante papel da família, o relacionamento do idoso com a família é importante em qualquer fase da vida.

O contacto com o idoso doente, segundo Leme e Silva (2009), só será completo com a presença da família, em razão da sua estrutura, potencialidades e capacidades.

Caldas (2003), afirma O papel da família é fundamental no cuidado do idoso. A família predomina como alternativa no sistema de suporte informal aos idosos.

É no seio da família que o idoso sente protegido e estável, há uma dependência no ambiente familiar.

O facto de existir um idoso acamado na família implica várias transformações, esforços, adaptações e recursos por parte da família, ela terá que organizar-se de maneira a prestar auxílio a este que torna-se dependente dos cuidados familiares.

Deparar-se com essas grandes mudanças no seio familiar não deve ser tarefa fácil, há que levar tempo para aceitar e até mesmo lidar com essa situação com certeza é algo não esperado e requer trabalho e preparo por parte dos seus membros.

Segundo Vash (1988), embora somente um membro da família possua a deficiência, todos os membros da família são afectados e, até certo ponto, incapacitados por ela. Isso gera certo transtorno, pois é como se tivessem que começar tudo de novo, e com novas maneiras de educação e adaptação do membro nas rotinas familiares e também certa dedicação especial ao cuidado do familiar acamado.

Para que os membros familiares venham a enfrentar com mais facilidades essas novas rotinas de convivência familiar, é necessário por parte deles uma grande transformação

em suas cabeças como também de recursos novos de readaptação, e principalmente de aceitação, para que a diferença de seu membro familiar não os prejudique e muito menos prejudique a vida do indivíduo acamado que já enfrenta essa nova situação de desconforto e dependência, conforme Vash (1988).

Quando uma família se depara com essa grande mudanças de vida dentro do seu meio familiar, muitas vezes ela leva certo tempo para aceitar e até mesmo lidar com essas situações, acontece que às vezes eles não esperam que isso aconteça, ou não estão preparados para enfrentar essa nova fase que requer dela um grande trabalho.

Muitas vezes o que acontece com o paciente acamado depois do surgimento desse problema, dependendo da família, é esquecido, abandonado, como se fosse um encosto em suas vidas, ficam praticamente limitado ao seu leito participando pouco da vida familiar, partilhando de poucos dos momentos de alegria e do calor familiar gerando grande sofrimento no Utente acamado, pois suas expectativas vão diminuindo cada vez mais, é nesta fase que ele mais precisa de toda a família de modo a ser reinserido no meio familiar e social.

O utente necessita do apoio e do estímulo constante de seus membros de família, amigos e vizinhos para assim tornar sua vida mais fácil, a Família é importante porque permite o de ajustamento prático e emocional durante as fases agudas e na maioria das vezes a família não sabe, ou não compreende essa importância, caberá ao enfermeiro orientar a todos, principalmente nos aspectos que ligam o paciente a comunidade.

1.4.2. Hospitalização no Idoso

A hospitalização representa, particularmente para a pessoa idosa, uma ameaça e um desafio, que podem ser vivenciados de diferentes formas, de acordo com diferentes factores, com a capacidade de adaptação, experiências anteriores, representações de saúde e de doença, entre outros. Pois, os ambientes hospitalares são ambientes desconhecidos, despersonalizados e com tal percebidos como ameaçadores. Watson (1985).

A hospitalização, constitui quase sempre um trauma para o utente e sua família, provocando com frequência desde a admissão, medos, angústias, fantasmas, que cada indivíduo exprime de acordo com a sua personalidade.

Ao ser internada, a pessoa vê-se privada da sua vida social assim como do afecto de familiares e amigos. É normalmente despojada dos seus valores, passando à condição de doente. Passa a conviver com situações que geram habitualmente medo, insegurança e ansiedade.

De acordo com Serra (2005), para além do medo da doença e do impacto desta na vida da pessoa, o ambiente impessoal e institucional do hospital (com a falta de privacidade e novos procedimentos), contribui para a instalação de sentimentos de deslocação e desespero.

“a hospitalização é geralmente encarada como uma ameaça, momento de incerteza sobre o tratamento, dor, desconforto associado ao facto de estar longe de casa, perda de controlo sobre as suas funções do dia a dia, perda de privacidade e dependência” (Amaral (2002), citado por Serra (2005)).

O utente geralmente está apreensivo e, a atitude da equipa de saúde envolvida na admissão pode fazê-lo sentir-se mais confortável. Uma recepção acolhedora, com demonstração de verdadeiro interesse, fá-lo sentir-se como um indivíduo único com valor e dignidade.

Cabete (2005), diz que:

“ O internamento pode constituir uma série de ameaças: ameaça à vida e à integridade corporal, exposição à vergonha, desconforto devido à dor, cansaço, alterações à alimentação, (...), restrição de movimentos, isolamento, risco de alterações financeiras, risco de antipatia ou de rejeição dos outros face à sua situação, incerteza quanto ao futuro, separação da família e dependência dos outros para o bem estar”.

A admissão num hospital confronta o utente com um ambiente que lhe é estranho, provocando na maioria dos idosos, uma alteração nas suas referências existenciais.

Gas (1997), refere que os hospitais têm sido criticados pela maneira como tratam os pacientes e pela despersonalização que muitas das suas rotinas consideradas essenciais, imprimem ao indivíduo. O autor refere que:

“ O enfermo é interrogado (...), é levado para a enfermaria (...), é destinado a um quarto ou uma cama numerada (...), tem de se despojar de todas as suas roupas e de muitos dos seus objectos que o ajudam a distinguir-se como pessoa (...), passa na maioria das situações a usar roupa da instituição (habitualmente um pijama igual ao de todos os outros e quase sempre desajustado ao seu tamanho). Então vários estranhos cercam o seu leito, para questionar dados pessoais e examinar o seu corpo (...)” .

A alteração dos hábitos, e das rotinas usuais sobretudo nos idosos, como a necessidade de cuidar da sua higiene sempre de manhã, a necessidade de partilhar um quarto com pessoas que desconhece, ou até as manobras por vezes invasivas ao próprio corpo, efectuadas por vagas sucessivas de estranhos, obriga a pessoa gradualmente a aprender a adaptar-se a toda uma nova dinâmica diária como refere Serra (2005).

1.4.3. Causas que levam os idosos a ficarem acamados

Segundo Figueiredo (2009), Para que qualquer individuo chegue ao estado de dependência e fique acamado é necessário a influência de um conjunto de factores, que juntos contribuem para esta condição assim como:

- ❖ Hipertensão arterial
- ❖ Diabetes Melitos
- ❖ Neuropatia diabética
- ❖ Acidente vascular cerebral
- ❖ Doenças oncológicas,
- ❖ Acidentes automobilísticos
- ❖ Lesões da medula espinhal
- ❖ Lesões do neurónio motor

Para Smeltzer e Bare (2006) a hipertensão é uma pressão arterial sistólica superior a 140 mmHg e uma pressão diastólica maior que 90 mmHg durante um período sustentado.

É um problema crónico que se não for detectado e controlado atempadamente evoluirá para outros problemas, uma vez que os indivíduos muitas vezes desconhecem ser hipertenso.

Smeltzer e Bare (2006) dizem que a hipertensão é por vezes chamada de assassino silencioso, porque as pessoas que a possuem frequentemente não evidenciam os sintomas.

Já para Reis (2005) Apud Pierin e Mion Jr. (2001) a hipertensão arterial é uma doença muito perigosa, por ser praticamente assintomática.

Isto faz com que muitos hipertensos levem uma vida normal sem se preocupar, e quando se apercebem, a hipertensão já está grave sem volta, afectando outros órgãos.

Em associação torna-se também um problema crónico de saúde na população, em muitos casos os portadores de diabetes também são portadores da hipertensão.

Segundo Smeltzer e Bare (2006) diabetes mellitus é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por níveis elevados de glicose no sangue decorrentes dos defeitos na secreção na acção da insulina.

Os portadores necessitam de uma grandes mudanças na sua rotina de vida para que não fiquem susceptíveis a futuras complicações.

Ainda para Smeltzer e Bare (2006) as pessoas com diabetes possuem um risco duas vezes maior de desenvolver a doença vascular cerebral, e junto existem outras complicações que se desenvolvem com o tempo e evolução do problema.

Um problema que leva as pessoas a ficarem acamadas e sendo umas das principais causas é o AVC (acidente vascular cerebral) que geralmente está associado ao histórico de pessoas que tem diabetes e hipertensão.

Segundo Smeltzer e Bare (2006) O AVC é a perda súbita da função decorrente da interrupção do suprimento sanguíneo para uma região do cérebro (...) e quando ocorre esse episódio na pessoa geralmente em seguida vem o óbito, mas felizmente acontece de a pessoa ficar viva, mas com as sequelas, ficando acamada e sem os movimentos voluntários.

Também mas não sendo umas das principais causas para levar as pessoas a ficarem acamados, são as doenças oncológicas, pois na maioria das vezes atinge pessoas mais

idosas e fracas, e pelo fato de se manifestar rápido prejudica o desenvolvimento das actividades humanas básicas.

Outro factor de grande importância são os acidentes envolvendo carros, motos, bicicletas, as quedas no domicílio e outros, nestes tipos de acidentes o corpo humano está exposto a todos os tipos de lesões e principalmente nos idosos muitas vezes geram algum tipo de problema levando o idoso a tornar-se acamado.

1.4.4. Principais complicações do idoso acamado

O idoso acamado pode desenvolver uma grande quantidade de complicações em diversos órgãos e sistemas do indivíduo.

O Centro de Medicina do Idoso do Brasil (CMI) (2010) aponta os principais que são afetados: osteomuscular, cardiovascular, digestivo, urinário e respiratório.

No sistema osteomuscular, Vojvodic (2004) explica que as limitações funcionais podem prejudicar as transferências, posturas e movimento no leito e em cadeiras de rodas e favorecer a formação de Úlceras de Pressão.

Sendo que umas das consequências mais frequentes ocorrem na região sacra seguida de ísquio, trocânter e calcâneo. Bezerra, Luz, Araujo, (2009).

No sistema cardiovascular Raposo e Lopes (2002) mostram que ocorre uma elevação da pressão arterial sistólica pelo aumento da resistência periférica, e também ressalta a presença de hipotensão ortostática em virtude da diminuição do volume sistólico.

Vojvodic (2004) destaca ainda a ocorrência de outra complicação a Trombose Venosa Profunda. Esse fato está associado à estase no fluxo sanguíneo nos membros inferiores e também com a redução no efeito de bombeamento dos músculos da pantorrilha e ainda uma hipercoagulabilidade que é induzida pela redução no volume plasmático e desidratação.

No sistema urinário Figueiredo (2008) identificaram a incontinência urinária como o principal problema queixado pelos idosos. Outra complicação é a retenção urinária

causada pela dificuldade de gerar pressão abdominal em virtude da posição dorsal bem como pelo enfraquecimento dos músculos abdominais. Vojvodic,(2004).

Chaimowicz, e AL, (2009) acrescenta ainda as infecções do trato urinário e no sistema respiratório as alterações são decorrentes de doenças já existentes como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica que é uma das mais frequentes. Figueiredo, (2008).

O CMI (2010) aponta também algumas complicações como: fraqueza da musculatura diafragmática e intercostal, dificuldade em eliminar secreção pela posição, tosse menos eficaz, diminuição da função resultando em acúmulo de secreção.

1.4.5. Cuidados de Enfermagem aos Idosos Acamados

Berger e Mailloux-Poirier (1995) referem alguns objectivos que devemos ter em conta na prestação de cuidados a pessoa idosa e que são:

- ❖ Proteger e promover a saúde,
- ❖ Prevenir complicações de situações patológicas,
- ❖ Satisfazer necessidades de saúde identificadas, percebidas ou expressas,
- ❖ Favorecer a identidade e a autonomia da pessoa,
- ❖ Prevenir o isolamento social,
- ❖ Ajudar a pessoa na preservação das suas capacidades físicas, psicológicas e sociais,
- ❖ Ajudar a pessoa no desenvolvimento de novas capacidades,
- ❖ Estimular a pessoa a inserir-se no seu meio.

Também a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1984) adoptou os seguintes objectivos para prestação de cuidados as pessoas idosas e que são:

- ❖ Prevenir a perda de aptidões funcionais
- ❖ Manter a qualidade de vida
- ❖ Manter a pessoa idosa onde ele deseja
- ❖ Dar apoio a família da pessoa idosa
- ❖ Proporcionar assistência de qualidade,

- ❖ Contribuir para que a pessoa idosa morra tranquilamente proporcionando-lhe cuidado adequados.

Cuidar da pessoa idosa acamada baseia-se na manutenção das condições funcionais no melhor nível possível, deve-se ter em conta que o idoso é capaz de manter o melhor grau de independência possível, independentemente do nível de limitações e doenças que possui.

Sabe-se que os idosos com problemas crónicos necessitam de um maior apoio com cuidados planeados como curativos, medicamentos, higiene, etc, tendo um cuidado adequado as complicações podem ser prevenidas e retardadas.

Cuidar de um idoso acamado exige mais do que simples formação mas também de manter-se informado e planejar os cuidados de acordo com adopção de um estilo de vida saudável, promoção de independência, proporcionar conforto nos momentos de maior angústia e fragilidade.

Este cuidado representa uma parceria entre a família, profissionais de saúde e o idoso, todos devem participar neste processo, devem partilhar informações e orientações, de modo a permitir uma sobrevida mais digna.

O cuidar não representará um fazer por, mas sempre um fazer com, o que implica não só o conhecimento de técnicas mas sim uma relação de ajuda.

Para se cuidar é necessário construir uma relação de ajuda que vai muito além de um simples banho ou troca de roupas, há que se manter o respeito e a liberdade, auxiliando o idoso e mantendo a sua autonomia.

A relação de ajuda implica a doação de tempo, competência, saber, interesse, capacidade de escuta e compreensão, assim o cuidador deves ajudar o idoso a descobrir como redimensionar as suas energias para um novo olhar sobre si mesmo, de forma a melhorar a sua auto-estima, auto-realização, promoção do apoio psicológico e fornecer o apoio necessário.

Com esta relação o cuidador, tanto a família como o enfermeiro devem ter como objectivo auxiliar este idoso, melhorando o potencial do acamado, trabalhando a auto-estima e

sentimento de segurança, diminuindo assim a sua ansiedade, melhorando sua capacidade de comunicação com os outros.

1.5. Cuidados de Enfermagem e a Filosofia de Virgínia Henderson

Virginia Henderson define a enfermagem como:

“ajudar o indivíduo doente ou sadio, no desempenho das actividades que contribuem para a saúde, recuperação ou morte pacífica e que o indivíduo realizaria sem ajuda, se os indivíduos tivessem a força, a vontade, ou os conhecimentos necessários”.

Henderson organizou a teoria em 14 necessidades básicas de todo indivíduo e inclui fenómenos dos seguintes domínios do paciente: fisiológico, psicológico, sociocultural, espiritual e de desenvolvimento.

A relação interpessoal entre a enfermeira e o paciente cria um ambiente de cuidado para identificar as necessidades do paciente, planejar as metas de atendimento, e fornecer cuidados de enfermagem centrados no paciente.

Henderson percebeu que a doença é mais do que um estado de doença e que as necessidades mais fundamentais não são satisfeitas nos hospitais

Segundo Henderson Enfermagem tem como meta trabalhar interdependentemente com outros profissionais de saúde, dando assistência ao paciente no ganho de independência tão rapidamente, quanto possível, ajudar o paciente a ganhar a força que foi perdida, para isso os enfermeiros devem ajudar o utente a desenvolver as 14 necessidades básicas.

Teoria das Necessidades Fundamentais

Esta teoria baseia-se no pressuposto de que tanto o enfermeiro quanto o paciente, valorizam a independência sobre a dependência.

O enfermeiro deve ter em conta o plano terapêutico prescrito pelo médico, para definir os cuidados.

Ela valorizava a componente empática dos cuidados de enfermagem, sustentando que para conhecer as necessidades do doente a enfermeira necessita de se pôr no lugar do doente, como que se vestisse a sua pele, assim sendo estabeleceu 14 necessidades humanas fundamentais.

As necessidades humanas fundamentais:

- ❖ Respirar normalmente
- ❖ Comer e beber de forma adequada
- ❖ Eliminar os resíduos corporais
- ❖ Movimentar-se e manter a postura correcta
- ❖ Dormir e descansar
- ❖ Escolher a roupa - vestir-se e despir-se
- ❖ Manter a temperatura corporal dentro de valores normais mediante
- ❖ Manter corpo limpo e cuidado e os tegumentos protegidos
- ❖ Evitar os riscos do ambiente e evitar lesar outros
- ❖ Comunicar-se com os demais, expressando emoções, necessidades, temores e opiniões
- ❖ Realizar práticas religiosas segundo a fé de cada um
- ❖ Trabalhar de modo a sentir-se realizado
- ❖ Participar em actividades de recreação
- ❖ Aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade de modo a conduzir a um desenvolvimento e a uma saúde normais e utilizar os recursos de saúde disponíveis.

1.6. Alguns Cuidados específicos a ter com o idoso acamado no leito

Segundo o site Promolar, os idosos precisam dos seguintes cuidados, Os idosos que apresentam dificuldade de movimentação e são acamados, devem ser posicionados de forma confortável e de maneira a evitar deformidades, segundo o site Promolar os idosos precisam dos seguintes cuidados:

No posicionamento no leito

O Utente Idoso acamado precisa de muita atenção. É importante alterar o posicionamento no leito ou na cadeira de rodas periodicamente evitando assim, o surgimento de úlceras de decúbito (escaras).

Deve ser feito o posicionamento no decúbito dorsal (barriga para cima), o braço comprometido deve estar sempre estendido e apoiado em um travesseiro, a perna lesada deve ter em baixo do joelho um travesseiro, favorecendo uma flexão discreta, impedindo que todo o membro inferior fique rígido em extensão.

Acomodação do paciente sobre o lado hemiplégico (paralisado), o cotovelo deve estar bem estendido, a palma da mão virada para cima.

Ao vestir-se: o membro superior afectado deve ser o primeiro a ser vestido e o último a ser despido. Se a mão estiver fechada, deve ser colocado um rolo feito de tecido ou atadura utilizada para enfaixes, na mão comprometida, estimulando que fique aberta

Devem ser realizadas massagens no corpo do paciente (pés, tornozelos, mãos, ombros, músculos próximos à coluna, mãos, etc), principalmente no paciente diabético.

A massagem pode ser circular ou de deslizamento. É benéfica para o relaxamento, para a circulação sanguínea e a percepção do próprio corpo

Exercícios

Os itens abaixo mostram exemplos de alguns exercícios que podem ser feitos com o utente:

- ❖ Movimentar os dedos dos pés.
- ❖ Mobilizar os tornozelos para cima, para baixo e em movimentos circulares para os dois lados.
- ❖ Flexionar (dobrar) e estender os joelhos, com os pés apoiados na cama e os joelhos flexionados, faça o movimento de separar e unir os joelhos.
- ❖ Movimentar os braços elevando-os e estendendo-os, flexionando o cotovelo e estendendo, abrindo os braços e voltando a posição inicial Movimentar os punhos e os dedos.
- ❖ Com as mãos do utentes entrelaçados e os braços estendidos, fazer movimentos circulares No caso do paciente que teve A.V.C., além dos exercícios citados acima, é importante movimentar o braço afectado, mantendo sua perna e o pé afectados apoiados na cama, os membros não comprometidos também devem ser movimentados.
- ❖ Na coluna cervical (pescoço) realizar movimentos para baixo, para cima, para os lados e na diagonal. Os movimentos devem ser lentos. Em caso de necessidade ajudá-lo no exercício. O utente deve ser estimulado a tocar seu próprio corpo com o membro superior comprometido, tocando com sua mão algumas partes de seu corpo como a cabeça, nariz, boca, abdómen, joelhos, pés, etc.
- ❖ Na posição ortostática (em pé), apoiar os braços em uma mesa e soltar o peso do corpo nos braços, e transferir o peso para cada braço; soltar também o peso do corpo no membro inferior comprometido
- ❖ No quarto desse paciente, as mobílias, o criado mudo, a televisão e a porta devem estar do lado comprometido, estimulando que ele olhe por esse lado.
- ❖ A poltrona ou cadeira deve ser resistente e com braço, pois o braço do paciente deve estar estendido e apoiado, a mão deve estar aberta, se possível o utente deve tentar utilizar ao máximo seu lado comprometido.

Mobilidade, posicionamento e transferência do idoso

Quando o idoso estiver deitado de barriga para cima, observe se ele está recto, os braços do lado do corpo, as mãos apoiadas no colchão e abertas, faça um rolinho com um lençol ou uma toalha e coloque em baixo do joelho, uma protecção para o calcanhar que não faça ferida, e uma protecção para o pé para que ele não fique caído.

Mudança de decúbito: sempre que o idoso conseguir peça ajuda, pois assim você estimulará a sua independência e ele se sentirá mais útil, para mudar o idoso de posição, comesse pedindo para que ele dobre os joelhos, depois peça suas mãos, e apoie sempre pelo ombro e não pela mão para não machucar o ombro, peça-o para virar de lado.

Quando o idoso estiver de lado, fique atento para que o ombro não fique em baixo do corpo, o outro braço apoie com um travesseiro, deixando a mão aberta, coloque também um travesseiro entre as pernas para que não faça feridas e também para que as pernas fiquem alinhadas com a coluna, com um cobertor faça um rolo para apoiar as costas.

Muitas vezes os idosos necessitam de ajuda para mudar de postura ou para passar de um lugar para outro, estas mudanças podem provocar lesões tanto no idoso como no cuidador se forem realizadas de forma incorrecta.

O idoso deve ajudar sempre que conseguir e sempre ser informado sobre o que será feito e para onde será transferido, deve ter um bom campo de visão para que ele não tenha medo de cair. O idoso e o cuidador devem estar com sapatos baixos e com solado antiderrapante.

Para passar um idoso da cama para cadeira, deixe sempre a cadeira do lado da cama, converse sempre com ele explicando o que vai ser feito, peça para ele dobrar a perna, pondo primeiro as pernas para fora da cama, se ele não conseguir fazer sozinho, o cuidador pode ajudá-lo, em seguida peça-o para apoiar uma mão do lado da cama e outra no pescoço do cuidador.

Os sapatos devem ser baixos e com solado antiderrapante e que fiquem bem firmes no pé do idoso. Com o idoso sentado na cama com os pés apoiados no chão, lembre-se sempre de pedir para o idoso dobrar os joelhos para que sua força não seja nas costas, apoie os dois braços do idoso no ombro do cuidador ajude-o a levantar lentamente, sentando-o na cadeira.

Para os idosos que não conseguem ficar em pé, a transferência deve ser feita por duas pessoas, uma que vai apoiar o paciente por baixo do braço, cruzando os braços do paciente, e a outra pessoa apoia as pernas, deixando sempre os joelhos do idoso flexionados e conforme for fazendo força e levantando o paciente esticando seus joelhos para que a força não fique nas costas.

1.7. Contributo de Enfermagem junto à família do idoso acamado

A enfermagem tem grande papel de tornar essa situação com uma nova visão e juntos com toda a família e ajuda de outros profissionais buscarem novas maneiras de ver as coisas, e fazer fluir soluções para tornar a vida de todos mais aconchegante e prazerosa, ao se tratar dessa intervenção.

O enfermeiro deve estabelecer uma relação terapêutica com o indivíduo e sua família, utilizando-se da consulta de enfermagem para que, aliada ao seu conhecimento técnico e sua habilidade pessoal, possa desenvolver um plano de assistência global a este indivíduo e também toda sua família, a qual, na grande maioria das vezes, esta muito fragilizada. Reis (2005)

Os primeiros passos também que devem ser lembrados é na ajuda que o enfermeiro deve fazer nas famílias para aceitar essa nova fase, pois os membros familiares somente vão se ajudar a partir do momento em que todos estiverem passados da fase de aceitação, muitas vezes tem se a necessidade de que a enfermagem busque auxílio ao profissional psicólogo, para que juntos possam intervir de maneira a fazer a família enxergar com novos olhos essa fase

Após isso entra a parte de enfermeiro educador que estará passando aos familiares como deverão agir de agora em diante, principalmente sobre os cuidados com o paciente em relação à alimentação, higiene, conforto, lazer, inserção social ao meio, cuidados com as medicações e muitos outros que deverão ser passados no decorrer das outras visitas para não sobrecarregá-los.

Conforme nos mostra Timby (2001) “O ensino de saúde promove a capacidade independente do cliente para satisfazer às suas próprias necessidades de saúde.” Sendo assim

o enfermeiro assume um importante papel de responsabilidade junto a essa família, pois os membros da família passam a ser seus aliados no cuidado ao acamado e o enfermeiro o grande orientador e principalmente o supervisor que estará sempre verificando se tudo estará ocorrendo como deve.

É necessário os profissionais de saúde atoirem junto das famílias, ensinando-os técnicas e cuidados específicos a ter com os idosos, seria de uma mais valia ter espaços onde se possa fazer promoção de discussões e críticas de forma a reflectir sobre a atenção de saúde ao idoso acamado centrado no cuidado realizado pela família.

Para a realização dessa actividade, é necessário o envolvimento de toda a equipe de saúde, pois a família e o individuo possuem os mais variados diagnósticos, diferentes necessidades e problemas.

É fundamental que os profissionais possuam conhecimentos adequados do problema apresentado, para que possam planejar e executar correctamente as actividades propostas.

Deve-se garantir a hidratação, nutrição, ritmo intestinal, controle adequado da dor, sono adequado e conforto.

Deve-se promover um apoio psico-sócio-familiar adequado, melhoria das condições de higiene, de mobilidade do paciente, de reorganização de espaços.

O Enfermeiro devesa identificar os factores de riscos, de forma a orientar o idoso, família e cuidador na adequação do ambiente e adaptação do idoso nas actividades de vida diária, orientar o idoso, família e cuidador no controle e uso correcto de medicamentos.

Promover actividades físicas, estimulando a mobilidade e evitando a restrição ao leito e estimular a independência.

Promover visitas domiciliária as famílias de modo que permita que a equipe de saúde tome conhecimento das condições reais de vida da população como alimentação, moradia, saneamento e possa intervir junto à comunidade e propor soluções.

No caso das úlceras de pressão devem ser tomadas medidas na prevenção desde a construção de programas educativos direccionados a profissionais, cuidadores e familiares, principalmente a família, devem ser implementados exercícios, massagens de conforto,

higiene corporal adequada, uso de travesseiro e almofadas no reposicionamento e alinhamento corporal, uso de colchão próprio, mudança de decúbito a cada duas horas e posicionamento e movimentação adequados.

É importante também promover um padrão respiratório mais eficaz com posicionamento adequado do paciente.

Tudo isso faz que a intervenção da enfermagem nesse meio realize grandes frutos e torne a vida do acamado e seus familiares mais satisfatórios.

1.8. Papel do Enfermeiro junto a família

- ❖ Educador de saúde
- ❖ Executante, supervisor de cuidados e perito técnico
- ❖ Advogado da família, ele defende a família com quem trabalha.
- ❖ Consultor,
- ❖ Conselheiro
- ❖ Detector de casos
- ❖ Modificador do ambiente
- ❖ Explicador e intérprete
- ❖ Substituto
- ❖ Investigador
- ❖ Modelo de identificação
- ❖ Supervisor de processos

1.9. Plano de Cuidados no domicílio

Primeiramente o Enfermeiro devera estabelecer visitas periódicas a habitação do idoso de forma a conhecer a família e a realidade vivenciada por ela, saber como a família está vivenciando a doença do idoso acamado, quais foram as mudanças na família desde que o individuo ficou doente, qual ou quais os membros estão a sofrer mais com a doença.

O enfermeiro deve entrevistar a família no sentido de saber os conhecimentos que a família tem sobre a patologia ou as patologias do idoso em questão, os cuidados que e a perspectiva que a família revela importante para a qualidade dos cuidados com este idoso e como a família se organiza em função do cuidado, a interacção entre os seus membros, de que modo influencia no processo de saúde ou doença.

Na intervenção deverá constar perguntas como:

- ❖ Quem faz parte da família?
- ❖ Como se da o relacionamento entre os membros?
- ❖ Quem relaciona melhor com quem?
- ❖ Como é o relacionamento da família com o meio (igreja, escola, centros comunitários, centros de saúde)?
- ❖ Como foi a reacção da família quando o idoso ficou doente?
- ❖ Quem ficou com a responsabilidade do cuidado?
- ❖ Como se organizam para realizar o cuidado?
- ❖ Se conversam sobre a doença?
- ❖ Quais os conhecimentos que tem acerca do cuidado?
- ❖ Quais os sentimentos percepcionados pela família?
- ❖ Quem consegue cuidar melhor do idoso e qual a relação de partilha nos cuidados?
- ❖ Quais as dificuldades percepcionadas pela família no cuidado?
- ❖ Que apoio a família recebe das instituições?

Para facilitar no plano de cuidados o enfermeiro poderá também construir um ecomapa e um genograma de modo a auxilia-lo na avaliação familiar.

Sendo assim após o enfermeiro conquistar a confiança mutua da família, conhecendo a real situação da família, devera começar transmitir um conjunto de

conhecimentos que sejam importantes na prática do cuidado, colocando na prática a educação para a saúde junto desta família.

Terá que separar um dia ou dias da semana para supervisionar o cuidado, caso se mostre necessário, reforçar os ensinamentos transmitidos.

Ao inteirasse de todos os problemas deve mobilizar recursos junto das entidades responsáveis ou profissionais competentes de forma a ver os resolvidos.

Durante as visitas procurar estabelecer uma relação interpessoal entre o enfermeiro e a família, para que esta sinta o enfermeiro como um consultor e conselheiro.

Deve identificar no ambiente da família aspetos que põem em causa o cuidar do idoso e propor estratégias de melhor adequação, proporcionando conforto aos membros, um exemplo disso é na casa habitada pela família, observar todas as condições que proporcionam desconforto no cuidado com o idoso, que pode ser cama desadequada, ambiente muito quente, falta de higiene, alimentação desadequada, falta de colaboração entre os membros e outros.

Auxiliar a família em cuidados como higiene no leito, curativos, supervisionar a nutrição, a interagir com toda a família inserindo o idoso no processo, fiscalizar mudança de postura, ensinar e ajudar.

Estar atento às necessidades de consultas médicas de toda a família, se possível encaminhar ao centro de saúde mais próximo, interessar-se pelos resultados, fiscalizar medicação adequada tanto do idoso como dos outros membros, perceber se a medicação está a ser feita de forma correta.

Ter especial atenção à pele do idoso, verificar feridas, fazer curativos assépticos, mudar posições no leito, identificar complicações, ensinar a família a prestar cuidados adequados, a estimular o idoso à independência, trabalhar a interação e partilha de conhecimentos entre os seus membros, auxiliar a família no processo de cuidar, mas nunca substituir.

Capitulo II- Metodologia

Para se conduzir a qualquer investigação é necessário seguir um conjunto de procedimentos a que chamamos de métodos.

Este capítulo tem como finalidade apresentar a metodologia de investigação utilizada durante o estudo segundo as normas de investigação adequadas a Universidade do Mindelo, de forma a dar resposta á questão de investigação e a atingir os objectivos propostos.

Nesta fase serão apresentadas o tipo de pesquisa, os instrumentos de recolha de dados, a amostra e os procedimentos efectuados para sua realização.

Este estudo terá uma abordagem qualitativa, a colheita de dados será através de entrevistas feitas a um Médico, cinco Enfermeiros do sector de cirurgia do Hospital Baptista de Sousa e a três famílias de Idosos acamados que tenham sido hospitalizados neste mesmo sector.

2.1- Tipo de Pesquisa

De acordo com a problemática e conforme os objectivos traçados, mostrou-se necessário escolher uma a investigação que vá de acordo ao estudo e abordagem de forma a dar resposta e dados que possam sustentar a pesquisa.

Sendo assim acredita-se ser a abordagem que mais se adequa ao estudo de natureza dos Cuidados de Enfermagem a Família com Idoso Acamado no Setor de Cirurgia do HBS, seja do tipo qualitativa, descritiva.

Portanto as investigações qualitativas visam todo o mesmo fim, a saber: dar conta da experiência humana num meio natural... A investigação qualitativa tem por objectivo o exame de significações e a busca de sentido Lipson & Morse (1991).

Todas as investigações qualitativas tendem a fazer ressaltar o sentido ou a significação que o fenómeno estudado reveste para os indivíduos. Os fenómenos são únicos e não previsíveis, e o pensamento está orientado para a compreensão total do fenómeno em estudo. O investigador escolhe um fenómeno, estuda-o em profundidade, no seu conjunto, reúne e liga várias ideias entre si, a fim de construir uma nova realidade que tem sentido para os indivíduos que vivem o fenómeno em estudo. Paton (1990)

2.2. Amostra/ População

A população alvo desta investigação centra-se:

- ❖ Cinco Enfermeiros
- ❖ Quatro Famílias

Assim sendo decidimos escolher 2 populações, para perceber melhor a problemática, de forma a poder traçar propostas para a sua resolução, estes foram escolhidos tendo em conta os seguintes critérios:

Critérios de Inclusão:

- ❖ Ser Cabo-verdiano
- ❖ Ser Enfermeiro a cinco ou mais anos no Sector de Cirurgia
- ❖ Familiares de idosos acamados com duas ou mais internações

Critério de Exclusão:

- ❖ Ser Enfermeiro recém colocado no Sector de Cirurgia do H.B.S.

2.3. Instrumento de recolha de informações

Para fundamentar o estudo, foi necessário recorrer a algumas fontes como livros, bases de dados online, artigos publicados, isto para construir uma revisão de literatura e no campo empírico foram seleccionados parte da população alvo de acordo com critérios previamente estabelecidos, para realização de entrevistas.

As entrevistas permitem-nos colher melhores informações juntamente com os participantes referentes aos factos, às ideias, aos sentimentos, às expectativas e às atitudes. “É um modo particular de comunicação verbal, que estabelece entre o investigador e os participantes com o objectivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas”. Fortin (1996)

A técnica realizada para aquisição de informações relevantes a esta investigação será baseada em entrevistas semiestruturadas. Com a recolha de dados pretendeu-se dar respostas à problemática e alcançar os objectivos propostos.

O quadro teórico de referência foi construído de acordo com as palavras-chaves do trabalho e alguns conceitos considerados importantes de acordo com a problemática.

Foram realizadas entrevistas com Enfermeiros e familiares, um de cada vez, no hospital e na casa dos familiares, onde foi concedido a autorização para que as entrevistas fossem gravadas.

2.4. Campo Empírico

O campo empírico onde se realizou a investigação para a colheita de dados foi o serviço da Cirurgia situada no Hospital Baptista de Sousa, onde no momento do estudo encontrava-se hospitalizado 4 idosos acamados.

A escolha desse campo foi guiada pelas palavras-chave e os objectivos formulados sendo assim encaminhado para realização do ensino clínico neste sector, por se observar que é um local onde se encontram internados os utentes Idosos Acamados com as principais complicações, sendo portanto fácil a obtenção dos dados considerados importantes para a pesquisa.

Para uma melhor compreensão do campo onde se desenvolveu a investigação houve a necessidade de realizar uma caracterização do mesmo.

O serviço da Cirurgia do Hospital Baptista de Sousa é constituído por vários departamentos, cada um com a sua função específica.

Esta é uma unidade de internamento composta por 5 (cinco) enfermarias, 2 (duas) salas de isolamento, 1 (uma) sala de queimados com total de 40 leitos, 1 (uma) sala de curativo, 1 (uma) sala de preparação de medicamento, 1 (um) stock onde são guardados os medicamentos, 1 (uma) sala para os médicos, 1 (uma) sala para os enfermeiros, 1 (uma) copa para as refeições, 1 (um) quarto de enfermeiro, 2 (duas) casas de banho para os enfermeiros e médicos e cada secção do serviço é composta por uma casa de banho para os utentes.

Das 5 (cinco) divisões disponíveis no serviço para os utentes, estas subdividem-se em duas salas para o curativo das feridas limpas, ou seja, cirúrgica, sendo uma para as

mulheres e outra para os homens, duas para as feridas limpas contaminadas e uma para as feridas infectadas.

A equipa multidisciplinar que neste serviço trabalha é composta por 17 (dezassete) enfermeiros sendo estes distribuídos por turno, 1 (uma) enfermeira chefe, 10 (dez) médicos-cirurgiões, 1 (uma) nutricionista, 1 (uma) fisioterapeuta, 1 (um) psicólogo, 5 (cinco) serventes sendo estes também distribuídos por turno, e 1 (uma) copeira.

2.5. Procedimentos éticos

Uma investigação quando aplicada a seres humanos pode causar vários danos aos direitos e liberdades da pessoa, por isso torna-se importante tomar decisões adequadas de modo a proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam na investigação. Fortin(1996)

Durante o estudo teve-se em conta os procedimentos éticos, garantindo a confidencialidade dos participantes, os consentimentos informados (apêndices II e III) devidamente assinados, a carta com a autorização (apêndice I) da instituição onde o estudo foi realizado.

Tal como referem, Queirós e Meireles (2007) “os participantes têm o direito de decidirem se querem ou não participar no estudo, podendo a qualquer momento serem excluídos da pesquisa ou recusarem-se a dar informações.

As entrevistas foram aplicadas aos profissionais em horários de visitas de forma a não interferir na rotina do serviço, os participantes serão identificados com nomes fictícios, de modo a salvaguardar a identidade dos mesmos, por isso foram atribuídos Enf1, Enf2, Enf3, Enf4, Enf5, Famil 1, Famil2, Famil3e Famil4.

Capitulo III- Fase Empírica

3. Apresentação e Análise dos Resultados

Neste capítulo far-se-á a análise das informações recolhidas no campo empírico, mediante informações recolhidas através das entrevistas, dando resposta aos objetivos estabelecidos, sendo que as entrevistas foram aplicadas a duas populações diferentes (enfermeiros e famílias).

Para a realização das entrevistas foi elaborado primeiramente um guião a ser aplicado e gravado na enfermaria de Cirurgia do HBS, as entrevistas foram feitas em horários considerados mais calmos, nomeadamente horários de visitas e após os horários da medicação e aos familiares foi acordado um horário flexível a ser realizado na casa do respectivo familiar, foi respeitado o anonimato e a privacidade dos participantes.

Pretendeu-se confrontar as informações recolhidas com os objetivos pré estabelecidos, podendo assim elaborar estratégias ou propostas de forma a contribuir para resolução do tema em questão. Far-se-á primeiramente a análise das entrevistas realizadas aos enfermeiros e posteriormente a da família.

3.1. Análise dos Resultados das entrevistas aos enfermeiros

Foram definidas quatro categorias para uma melhor interpretação das informações obtidas nas entrevistas aos enfermeiros:

- ❖ **Categoria I:** Percepção dos Enfermeiros quanto a hospitalização dos idosos acamados no sector de Cirurgia do H.B.S.
- ❖ **Categoria II-** Percepção de os enfermeiros perante a prestação de cuidados ao idoso no Serviço de Cirurgia do H.B.S.

- ❖ **Categoria III:** Percepção dos enfermeiros na inclusão da família nos cuidados.
- ❖ **Categoria IV:** Percepção dos enfermeiros quanto ao papel do enfermeiro junto da família desses idosos.

Antes das categorias optou-se por fazer a caracterização sociodemográfica, pretendeu-se transcrever os dados de identificação dos participantes enfermeiros, como a idade, género, estado civil, habilitações, tempo de carreira e de serviço.

Tabela 1: Identificação dos participantes

| Enfermeiro | Idade | Género | Estado Civil | Habilitações | Anos de Carreira | Anos de trabalho no Sector |
|------------|---------|--------|--------------|--------------|------------------|----------------------------|
| Enfº 1 | 37 anos | Masc | Solteiro | Licenciatura | 12 anos | 10 anos |
| Enfº2 | 40 anos | Fem | Solteira | Licenciatura | 12 anos | 12 anos |
| Enfº3 | 40 anos | Fem | Divorciada | Bacharelado | 12 anos | 5 anos |
| Enfº4 | 39 anos | Fem | Divorciada | Bacharelado | 16 anos | 5 anos |
| Enfº5 | 40 anos | Fem | Divorciada | Licenciatura | 12 anos | 7 anos |

Nota: Enfº: Enfermeiro; Masc: masculino; Fem: feminino

Fonte: Elaboração própria

Os enfermeiros que participaram do estudo, são 5, 1 do género masculino e 4 do género feminino, com idades compreendidas entre 37 a 40 anos. A maioria possui Bacharelado e somente 2 possuem uma licenciatura. Pode-se constatar que são Enfermeiros experientes, com 12 a 16 anos de carreira. Em relação ao tempo no serviço de Cirurgia possuem entre 5 a 12 anos no local.

❖ Categoria I: Percepção dos Enfermeiros quanto a hospitalização dos idosos acamados no sector de Cirurgia do H.B.S.

Esta categoria foi desenvolvida com o intuito de perceber a percepção que os enfermeiros têm sobre esta problemática e perante a ausência de dados existentes no centro de estatística as respostas conseguem demonstrar que estes idosos são uma população alvo neste sector.

Revelou ser importante para juntos dos enfermeiros perceber se o setor de Cirurgia do HBS costuma hospitalizar muitos idosos acamados, sendo que só através dessas respostas poderíamos comprovar de fato esta problemática, visto que não é possível ter dados quantitativos que o possam comprovar.

Nesta categoria conseguimos obter respostas dos enfermeiros entrevistados partilham da mesma opinião, em que neste sector costuma ser hospitalizado muitos idosos acamados, assim ressaltaremos as respostas obtidas.

Enf1: “Sim, muitos”.

Enf2: “muitos”.

Enf3: “Sim”.

Enf4: “ Maior parte dos utentes são idosos”

Enf5: “sim”

Tornou-se relevante para o estudo saber qual a percepção dos enfermeiros tem em relação as principais causas da hospitalização desses idosos, visto que para se traçar um plano de tratamento, a que conhecer os diagnósticos e as respostas mantiveram um equilíbrio, o que mostra que todos os entrevistados conseguem identificar as possíveis causas.

Enf1: “ Escaras, diabetes e pé diabéticos”.

Enf2: “ Escaras, doenças oncológicas e feridas”.

Enf3: “ Escaras e complicações diabéticas”.

Enf4:” Escaras e pé diabéticos”.

Enf5:” Escaras de decúbito”.

Todos os enfermeiros identificam as escarras e as complicações diabéticas como sendo as principais causas nessas hospitalizações e somente 1 aponta um dado novo que é as doenças oncológicas

Também houve a necessidade de saber se a hospitalização em idosos costumam ser um fator isolado ou recorrente, pelas respostas conclui-se que há um consenso entre os enfermeiros que as hospitalizações são recorrentes nesses casos.

Enf1:” Recorrente, vão para casa e voltam em piores estados”.

Enf2: “ Recorrente, vão para casa e voltam muitas vezes na sua maioria”.

Enf3:” Recorrente, voltam varias vezes”.

Enf4: “Muito recorrente, um utente é por vezes hospitalizado entre 4 a 5 vezes”.

Enf5: “Recorrente”.

Assim nesta categoria conclui-se que os enfermeiros têm a percepção que as causas que levam a hospitalização em idosos acamados, são as escarras, as complicações diabéticas e as doenças oncológicas e que essas hospitalizações são um fator recorrente no sector de Cirurgia no HBS.

Segundo o autor Segundo Figueiredo (2009) Para que qualquer individuo chegue ao estado de dependência e fique acamado é necessário a influência de um conjunto de factores como a Hipertensão arterial, Diabetes Melitos, Neuropatia diabética, Acidente vascular cerebral, doenças oncológicas, acidentes automobilísticos, lesões da medula espinhal. Assim leva o investigador a concluir que as causas da hospitalização identificadas pelos enfermeiros estão em conformidade como o estado de dependência do idoso acamado.

Categoria II- Percepção de os enfermeiros perante a prestação de cuidados ao idoso no Serviço de Cirurgia do H.B.S.

Esta categoria foi desenvolvida com o intuito de perceber as limitações que podem existir no cuidar neste sector, pretendeu-se saber se o enfermeiro, consegue prestar cuidado de qualidade ao idoso acamado, quais as limitações para a prestação desses cuidados.

Enf1: “ Sim, mas poderia ser melhor se houvessem mais condições materiais”.

Enf2: “ Mais ou menos, tento fazer isso”.

Enf3: “ Nem Sempre”.

Enf4: “ Sim já trabalhei muito com esses idosos, sinto qualificada para este serviço”.

Enf5: “ Dentro dos possíveis tento dar o máximo para que estes tenham um bom atendimento”.

Os enfermeiros responderam que o cuidado ao idoso poderia ser melhor, que são várias as limitações impostas no serviço no que toca a ausência de recursos materiais, os participantes identificam, falta de camas, travesseiros e colchões apropriados, falta de tempo para se dedicarem ao utente. Neste sentido é importante ressaltar alguns trechos.

Enf1: “ camas desadequadas, poderia ter camas que subissem, poderia ter colchões anti- escaras”.

Enf2: “... não tem muitos equipamentos, faltam sintas para passar o utente de uma cama para outra, para a cadeira, camas que sobem, falta de colchões anti escaras”.

Enf3: “ ... ausência de colchões anti escaras, por falta de tempo e muito trabalho não conseguimos cumprir as horas estipuladas para mudança de posição do utente, ausência de almofadas”.

Enf4: “ Tipos de camas, ausência de boa qualidade par um serviço anti escaras”.

Enf5: “ Não tem colchões e camas adequados”.

Assim conclui-se que embora os enfermeiros sintam preparados e qualificados para cuidar desses idosos as limitações do nosso hospital são muitas de acordo com a nossa realidade.

❖ Categoria III: Percepção dos enfermeiros na inclusão da família nos cuidados.

Esta categoria teve como objectivo saber como a família é incluída no processo de cuidar no serviço de Cirurgia do HBS, quais as limitações que os enfermeiros identificam na família que poem em causa o cuidar, se na prática clínica conseguem perceber se os familiares estão preparados para cuidar do seu idoso e quais as dificuldades que deparam nos familiares.

As opiniões se dividem, os enfermeiros dizem que alguns familiares são envolvidos e outros referem que sim, na sua maioria responderam que a família é envolvida na higiene e na alimentação do utente. Estes enunciaram algumas respostas como e quando a família é envolvida no processo do cuidar no serviço de Cirurgia do HBS.

Enf1: “ Fazemos ensinamentos aos familiares que se mostram interessados, explicando os cuidados a ter com o idoso acamado”.

Enf2: “Os familiares têm a permissão de entrar de manhã para fazer a higiene do seu familiar e na hora da alimentação”.

Enf3: “ Na higiene e na alimentação”

Enf4: “ Participam na higiene e na alimentação, alguns ate compram colchões anti escaras e trazem para o hospital:”

Enf5: “Antes eram envolvidos, participavam na higiene e na alimentação, mas de momento quase que não estão envolvidos, proibiram a entrada dos familiares, para dar banho, portanto o envolvimento é muito pouco”

Os entrevistados na sua maioria responderam que os familiares não estão preparados para cuidarem dos seus idosos, que se estivessem preparados não haveria hospitalizações recorrentes, estes demostram grandes dificuldades e só um enfermeiro diz que não é que não estejam preparados mas sim falta de interesse.

Enf1: “ Não”.

Enf2: “ Nem sempre, alguns, mas na sua maioria mostram grandes dificuldades”.

Enf3: “ Na maioria não”.

Enf4: “ Não, porque se fossem preparados os idosos não seriam hospitalizados varias vezes”.

Enf5: “ Não digo que não estão preparados mas que falta a boa vontade por parte dos familiares para cuidar dos seus idosos”.

Estes partilham quase todos da mesma ideia em relação as principais dificuldades dos familiares, indicam a falta de conhecimento de técnicas de mobilização, higiene e alimentação, dificuldades financeiras e somente um enuncia a falta de empenho.

Enf1: “ Dificuldades financeiras, falta de empenho para cuidar dos seus idosos, precaridade em conhecimento de técnicas para mobilizar, incapacidade de verificar lesões no familiar”.

Enf2: ”Falta de conhecimento de técnicas para mobilizar, alimentar e trocar fraldas”.

Enf3: “ Falta de informações, factor económico, falta de conhecimentos na mobilização do idoso e até medo”.

Enf4: “ Dificuldade no manejo com o utente, não tem noção da importância de uma simples mudança de uma cama para uma cadeira, dos benefícios que pode trazer”.

Enf5: “ Falta de jeito para movimentar os seus idosos, falta de condições económicas para fazer uma alimentação adequada”.

Nesta categoria segundo os enfermeiros, a família é sim envolvida nos cuidados durante a hospitalização, estes participam da higiene e alimentação, mas na pratica clinica revela-se o despreparo na mobilização do utente, a falta de conhecimentos de como cuidar do seu idoso, logo os familiares não estão preparados para cuidar deles, porque se assim fosse não haveria tantas hospitalizações.

❖ Categoria IV: Percepção dos enfermeiros quanto ao papel do enfermeiro junto da família desses idosos.

Esta categoria teve como finalidade, saber juntos dos enfermeiros qual deve ser o papel que o enfermeiro deste sector junto desta família, de forma a melhorar a qualidade dos cuidados da família no momento em que esta vai levar o seu idoso para casa. Assim os enfermeiros identificaram como sendo o papel do enfermeiro junto da família.

Enf1: “ Fazer ensinamentos, preparar os utentes para a alta hospitalar”.

Enf2: “ Deve envolver a família, chamando para junto, explicando os familiares o diagnóstico do seu idoso, ensina-los as técnicas e os cuidados que devem ter.”

Enf3: “ Deve fazer ensinamentos junto da família, a forma como mobilizar o idoso, ensinar cuidados a ter com o sapato, ensinar a observar os espaços interdigitais”.

Enf4: “ Deve ser feito orientações aos familiares no sentido de prevenção de quedas e escaras, deve-se fazer educação para saúde aos familiares”.

Enf5: “ Deve explicar a família como movimentar o idoso, como alimenta-lo, como fazer a higiene, tudo dentro da condição económica que a família dispõe”.

Todos os enfermeiros identificaram a necessidade de fazer ensinios como sendo um papel importante que o enfermeiro deve ter junto da família e ainda no que tange a limitação no desempenho do papel do enfermeiro no setor, apenas dois participantes referem que desempenham este papel, os outros referem que por causa do tempo, não tem desempenhado como querem.

Enf1: “ Não tenho desempenhado, por causa do tempo que é limitado”.

Enf2: “Tento mas falta tempo”.

Enf3: ” Desempenho mas de forma insuficiente por causa do tempo ilimitado”.

Enf4: “ Sempre”.

Enf5: “Sim”

Esta categoria permitiu-nos saber que os enfermeiros identificam como sendo um papel do enfermeiro realizar ensinios junto da família de forma a capacitar a família a ter um melhor desempenho no processo do cuidar, mas que nem todos desempenham este papel apresentado como limitação o tempo limitado para as várias tarefas.

Segundo o nosso referencial teórico o papel do enfermeiro junto da família é amplo, ele pode ser educador de saúde, executante, supervisor de cuidados e perito técnico, advogado da família, consultor, conselheiro, detetor de casos, modificador do ambiente, explicador e intérprete, substituto, investigador, modelo de identificação, Supervisor de processos, ou seja este papel vai muito além de educar como foi enunciado.

3.2. Análise dos Resultados das entrevistas aos familiares

Para uma melhor análise das entrevistas realizadas aos participantes familiares, dividiremos a análise em quatro categorias:

- ❖ **Categoria I:** Sentimentos do familiar face a situação do idoso.
- ❖ **Categoria II:** Percepção da família sobre as dificuldades enfrentadas no processo de cuidar.
- ❖ **Categoria III:** Percepção dos conhecimentos do familiar.

Antes de falarmos sobre as categorias optamos por identificar o cuidador principal, bem como saber por quantos membros a família é composta, quantos participam no processo cuidar, quanto tempo o idoso encontra-se acamado e quantas hospitalizações o idoso esteve sujeito.

Tabela 2: **Identificação dos participantes familiares**

| Cuidador | Idade | Género | Estado civil | Membros | Participantes no cuidado | Anos acamado do familiar | Quantas hospitalizações |
|----------|---------|--------|--------------|---------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
| C1 | 65 Anos | Fem | Casada | 6 | 3 | 21 Anos | 4 |
| C2 | 39 Anos | Fem | Solteira | 4 | 3 | 8 Meses | 3 |
| C3 | 54 Anos | Fem | Casada | 5 | 1 | 1 Ano | 3 |
| C4 | 45 Anos | Fem | Solteira | 7 | 1 | 2 Anos | 6 |

C: cuidador/ familiar Fem: feminino

Fonte: Elaboração própria

Podemos verificar que os participantes tiveram idades compreendidas entre 39 a 65 anos de idade, todos de sexo feminino, casadas e solteiras, com constituição de famílias entre 4 a 7 membros, onde em 4 das famílias entrevistadas, 2 dessas só possuem um cuidador.

O estudo foi realizado a famílias que tem um idoso acamado que vai desde 8 meses a 21 anos de duração de estado de dependência, quanto as hospitalizações ente 3 a 6 hospitalizações.

❖ Categoria I: Sentimentos do familiar face a situação do idoso

Teve como intuito saber os sentimentos experimentados pela família face a situação do seu familiar.

C1: “ tristeza, custou a acostumar com a situação”.

C2: “ Muita dor e sofrimento, por ver a minha mãe nesta situação”.

C3:” Tristeza, sinto falta de ajuda”.

C4: “ Muita tristeza em ver a minha mãe dependente para tudo”.

Os sentimentos experimentado pelos entrevistados é de tristeza, isto vai de encontro com o que Segundo Vash (1988), diz que embora somente um membro da família possua a deficiência, todos os membros da família são afectados e, até certo ponto, incapacitados por ela. Isso gera certo transtorno, pois é como se tivessem que começar tudo de novo, e com novas maneiras de educação e adaptação do membro nas rotinas familiares e também certa dedicação especial ao cuidado do familiar acamado.

❖ Categoria III: Percepção da família sobre as dificuldades enfrentadas no processo de cuidar.

Esta categoria achou-se pertinente para identificar dificuldades sentidas pelos familiares, onde questionou-se se o familiar consegue cuidar do seu idoso sem qualquer dificuldade, se tem apoio de entidades. Assim apresentamos alguns trechos das respostas obtidas.

C1: “ Não tenho dificuldade”.

C2: “ Tenho dificuldade”

C3: “ Tenho muitas dificuldades, sinto dor nas costas ao movimenta-la”.

C4: “ Tenho dificuldades sim, mas vou desenrascando”.

Somente 1 participante refere não ter dificuldades, os outros 3 referem dificuldade, também durante o estudo optou-se por saber se as entidades e profissionais de saúde tem dado a sua contribuição a essas famílias.

C1:” Tenho tido apoio psicológico por uma psicóloga que foi ter comigo agora no hospital na última internação do meu esposo, pago pelo serviço de curativo ao domicílio que uma enfermeira faz e tenho apoio do Impar na compra de fraldas”.

C2: “ Não tem qualquer apoio”.

C3: “ Sim recebo a visita de enfermeiros do centro de saúde, tem me apoiado no curativo, mas ao fins-de-semana, não tenho apoio nenhum, a ferida fica sem curar”.

C4: “ Não tenho”.

Dos participantes, 2 referem não terem qualquer apoio, no que toca a profissionais de saúde e entidades, 1 refere ter apoio psicológico e financeiro do Impar na compra de fraldas e somente 1 refere receber visitas domiciliares de enfermeiros nos dias de semana para curativos.

Nesta categoria conclui-se que os familiares enfrentam sim dificuldades para cuidar do seu ente querido, que nem sempre são apoiados pelas entidades, que os mesmos não tem informação de como cuidar e nem de como procurar ajuda.

❖ **Categoria IV: Percepção dos conhecimentos do familiar**

Achou-se importante esta categoria para avaliar o conhecimento do familiar em relação ao cuidar, procurou-se saber se o familiar acha que tem conhecimentos para cuidar, onde obtivemos diferentes respostas.

C1: “ sim”.

C2: “ Não tenho”.

C3:” Não tenho, faço o que consigo”.

C4: “ Faço como poço, mas não tenho conhecimentos”.

A maioria dos participantes referem não ter conhecimentos alguns no que toca a técnicas para cuidar dos seus idosos, apenas 1 refere que sim, ainda quisemos saber a percepção em relação aos principais cuidados que considera ser importante ter com o seu idoso.

C1: “ cuidar da higiene, banho, cabelo e barba”.

C2: “ Higiene, dar alimento, carinho e força”.

C3: “ Tenho que ter cuidado na maneira de falar com ela, com carinho, dar o banho, alimentar e fazer a higiene”.

C4:” Higiene, alimentação e atenção”.

Todos os entrevistados partilham da opinião que os cuidados a ter devem ser, higiene, alimentação e atenção, consideramos relevante saber o conhecimento acerca dos cuidados considerados importantes para evitar complicações.

C1:” Sempre colocar creme e mudar de posição de 2 em 2 horas.

C2:” Movimentar a minha mãe e não deixa-la muito tempo com a fralda suja”.

C3: “ Não tenho conhecimento”.

C4: “ Devo fazer-lhe higiene”.

Aqui cada um dos participantes partilham de opiniões diferentes, sendo que 1 participante refere que não tem conhecimentos.

Pelas respostas podemos concluir que embora haja interesse por parte dos familiares em cuidar do seu ente querido, estes ficam aquém dos conhecimentos necessários, sabem dos cuidados básicos, mas ainda a muito conhecimento a ser transmitido a esses familiares para que haja uma qualidade nos cuidados e possa trazer satisfação para todos os participantes do processo cuidar.

3.3. Conclusão da análise dos resultados das entrevistas

As entrevistas decorreram de forma positiva, de acordo com os objectivos traçados, foram aplicadas aos enfermeiros do serviço com idades compreendidas entre 37 a 40 anos, na sua maioria divorciados, com 12 ou mais anos de experiência profissional, com mais de 5 anos de serviço, tendo como habilitações literárias grau de licenciatura em enfermagem.

Também de igual modo aos familiares com 35 a 69 anos de idade, tendo equidade entre casados e solteiros, com organização familiar contendo entre 4 a 7 membros, dentre esse 4 entrevistados apenas numa família todos participam no processo de cuidado e o cujo o familiar idoso conta com 3 ou mais hospitalizações.

O que mostra que todos os participantes são pessoas adultas, no que toca a família nota-se que o cuidado é prestado na sua maioria por um 1 familiar ou então por metade da família, em apenas 1 família todos membros participam no cuidado.

A melhor forma de organizarem o processo cuidar seria os familiares unirem-se entre si e apoiarem-se no processo do cuidado de modo a não sobrecarregar nenhum dos seus membros e a ter maior satisfação entre eles, percebe-se pelas entrevistas que os familiares estão sobrecarregados.

Moore (1997) definiu a família como sendo a instituição social básica, a partir da qual muitas outras se desenvolveram a medida que se foram tornando necessárias, ainda refere que a família tem por objectivo a realização de determinadas funções, nomeadamente a de proteger os seus membros e Por isso é muitas vezes designada como a unidade funcional básica da sociedade, cujos membros estão especialmente determinados a cuidar uns dos outros, tanto física como emocionalmente.

Os enfermeiros responderam que no serviço costumam ser hospitalizados muitos idosos acamados e com hospitalizações recorrentes, o que representa um risco sendo que segundo Watson (1985)

“A hospitalização representa, particularmente para a pessoa idosa, uma ameaça e um desafio, que podem ser vivenciados de diferentes formas, de acordo com diferentes factores, com a capacidade de adaptação, experiências anteriores, representações de saúde e de doença, entre outros. Pois, os ambientes hospitalares são ambientes desconhecidos, despersonalizados e com tal percebidos como ameaçadores”.

Durante o estudo os enfermeiros identificaram sem qualquer problema as causas das hospitalizações como sendo as escaras, as doenças oncológicas e as complicações diabéticas nesses idosos por estarem habituados a consultar os diagnósticos do utente, e por ser algo que esta presente nas suas rotinas diárias.

Os enfermeiros afirmam que prestam cuidados aos idosos acamados, mas para ser um cuidado de qualidade, deveria ter mais condições materiais no sector, como camas e colchões adequados, sintas para mobilização e mais tempo para se dedicarem ao utente.

Alguns familiares são envolvidos no processo cuidar durante a hospitalização desses idosos, possuem permissão documentada para poderem entrar no serviço na hora de higiene de manhã e na hora do almoço, o envolvimento poderia ser maior, os enfermeiros poderia aproveitar esses momentos para ensinar os familiares a fazerem a higiene e a alimentação do utente, mas as limitações do tempo não contribuem para o efeito.

Perante respostas tanto dos enfermeiros como dos familiares, concluem-se que os familiares não estão preparados para cuidarem dos seus idosos, primeiramente devido ao défice de conhecimento de técnicas de higiene, mobilização, alimentação e em certos casos falta de interesse.

Os enfermeiros identificaram o ensino como sendo este o papel do enfermeiro junto da família, estes revelam que não tem desempenhado este papel devido as limitações do tempo. Realmente o enfermeiro deveria primeiramente ajudar as famílias a aceitar essa nova fase, pois os membros familiares somente vão se ajudar a partir do momento em que aceitarem esta fase, muitas vezes tem se a necessidade de que a enfermagem busque auxilio ao profissional psicólogo, para que juntos possam intervir de maneira a fazer a família enxergar com novos olhos essa fase

Após isso entra a parte de enfermeiro educador que estará passando aos familiares como deverão agir de agora em diante, principalmente sobre os cuidados com o paciente em relação à alimentação, higiene, conforto, lazer, inserção social ao meio, cuidados com as medicações e muitos outros.

Conforme nos mostra Timby (2001)

“O ensino de saúde promove a capacidade independente do cliente para satisfazer às suas próprias necessidades de saúde.” Sendo assim o enfermeiro assume um importante papel de responsabilidade junto a essa família, pois os membros da família passam a ser seus aliados no cuidado ao acamado e o enfermeiro o grande orientador e principalmente o supervisor que estará sempre verificando se tudo estará ocorrendo como deve.”

Os familiares entrevistados revelam sentir-se angustiados, tristes e com muita dor de ver o seu ente querido nesta situação de dependência, tem muitas dificuldades em cuidar do seu idoso tanto a nível de conhecimentos, desempenho de técnicas, dificuldades económicas, verifica-se um défice de conhecimento principalmente no que toca aos cuidados e as complicações que podem surgir.

Dos entrevistados apenas 1 possui condições mais favoráveis para cuidar deste idoso, podendo pagar um serviço privado para uma visita domiciliar em que a enfermeira vai em sua casa para realizar curativos, os outros revelam viver situações difíceis de carência em que vão se desenrascando como podem.

Relativamente ao objectivo geral: Descrever os cuidados de Enfermagem prestado a Família com Idoso Acamado pelos Enfermeiros do Serviço de Cirurgia do Hospital Dr. Baptista de Sousa (H.B.S), constatou-se pelas respostas que a família é pouco cuidada, raramente são feitos alguns ensinamentos, o cuidado é feito especificamente ao idoso acamado, a família não é incluída no cuidado.

Os objectivos específicos também foram atingidos, conseguimos identificar as limitações que põem em causa o cuidar do idoso acamado que foram a sobrecarga de afazeres dos enfermeiros, que não lhes permitem dedicar tempo suficiente tanto ao idoso como a família, a carência de matérias específicas no hospital, a falta de conhecimento no que toca ao cuidado por falta dos familiares e as dificuldades económicas.

Como papel do enfermeiro junto da família os enfermeiros tem a plena consciência que baseia-se essencialmente no ensino de técnicas e cuidados essenciais a ter com o idoso para uma melhor qualidade de vida

Considerações Finais

O envelhecimento da população é um fenómeno mundial e irreversível, a dependência desse grupo vem sendo cada vez mais pronunciada, sendo que a dependência tem influência directa na vida tanto do idoso como da sua família, pois com as dificuldades de realizar as actividades de vida diária determinam a necessidade de um cuidador que se disponibilize a auxiliá-lo.

A família é muito importante na vida de qualquer individuo principalmente na vida daqueles que precisam apoio e assistência de seus membros, essencialmente na idade adulta. O facto de os idosos estarem hospitalizados torna presença da família essencial para a manutenção da qualidade de vida.

A presença da família deve ser considerada importante para a recuperação da saúde do indivíduo, a presença de familiares no ambiente hospitalar dá a possibilidade dos enfermeiros interagirem com as famílias, dando orientações e ensinando a executar cuidados que poderão ser refeitos no ambiente domiciliar, a partir da alta hospitalar.

Conhecer a realidade das famílias, suas necessidades, as dificuldades, conhecimentos e sentimentos que envolvem o cuidado, é fundamental para a assistência de enfermagem a família.

A dependência de um familiar idoso gera impacto na dinâmica da família, na economia e na saúde da família que se ocupa dos cuidados, a assistência do enfermeiro tanto no hospital como no domicílio contribui para a humanização, buscando envolver o familiar na construção de um ambiente adequado.

A educação em saúde deve ser feita durante a hospitalização de forma a dar o apoio ao cuidador familiar de idosos incapacitados, o qual precisa ser alvo de orientações sobre como proceder nas situações mais difíceis do cuidado.

Os profissionais de saúde devem proporcionar atenção à saúde dos cuidadores, considerando que a actividade de cuidar de um idoso dependente é desgastante e implica riscos à saúde.

O estudo alcançou os objectivos traçados, podemos dizer que correu de forma positiva, todos os participantes aceitaram participar sem nenhum contratempo, apenas tivemos contratempos na secretaria do hospital, pela demora em autorizar a recolha de dados no hospital, no serviço de Estatística do H.B.S., os dados solicitados só foram disponibilizados após um mês, mas não conseguimos ter dados específicos da problemática e do sector em estudo, tentamos também obter dados no I.N.P.S. acerca dos gastos que esta instituição tem com esses idosos acamados, o que não foi possível pela inexistência desses dados.

Com o estudo constatou-se que os enfermeiros do sector de Cirurgia do H.B.S., estão cientes da sua contribuição junto da família desses idosos acamados, mas devidas as várias limitações impostas no sector nomeadamente o factor tempo e a quantidade reduzida de enfermeiros por turno não tem conseguido cumprir o seu papel junto da família.

Constatou-se que a família tem boa vontade em lidar com seus idosos, mas falta conhecimentos, ajuda económica de instituições, união entre os membros, para que este familiar seja melhor cuidado e haja maior satisfação entre os seus membros.

Propostas

- ❖ Apostar num serviço de continuidade de cuidados após alta hospitalar.
- ❖ Contratar mais enfermeiros para o serviço
- ❖ Incentivar especializações em áreas da enfermagem da família e domiciliar.
- ❖ Promover ensinamentos nos hospitais junto da família, como cuidar dos idosos acamados.
- ❖ Apostar em Enfermeiros recém formados para trabalhar em regime domiciliar junto das famílias.
- ❖ Arranjar um local próprio no hospital onde possa ter sessões periódicas de educação para saúde junto dessas famílias.
- ❖ Construção de documentos que possam servir de guia para os enfermeiros e familiares no processo de cuidar dos idosos, como construção de agenda de mobilização executado pelos familiares na prevenção de escaras e guia de dieta, com o sentido de averiguar e assegurar a dieta e a hidratação do utente.
- ❖ Propor aos enfermeiros uma melhor gestão do tempo no sentido cumprir os cuidados com esses idosos, cumprindo os horários estipulados para mudança de posição e hidratação.
- ❖ Disponibilizar um Enfermeiro domiciliar que possa fiscalizar esses guias durante a visita domiciliar.

Agenda de mobilização executado pelos familiares na prevenção de escaras

Este quadro foi elaborado partindo da análise de dados obtidos durante as entrevistas, onde pode-se constatar que as escarras são uma das principais complicações verificadas nos idosos acamados pelo não cumprimento das mudanças de posição.

Achou-se pertinente elaborar este quadro com o intuito de assegurar que as mudanças de posição a serem feitas nos idosos acamados, tanto pelos Enfermeiros como pelos familiares, seguindo as horas estipuladas, variando de posição e contendo a assinatura do Enfermeiro primeiramente no hospital e posteriormente do familiar que dará continuidade dos cuidados no domicílio.

Serve de ponte entre o enfermeiro e o familiar, permite mais atenção por parte dos cuidadores, possibilita que o familiar tenha algum documento de referência que o possibilita anotar e confirmar que os cuidados estejam a ser efectuados tanto no hospital como no domicílio.

Todos os dias o familiar deverá preencher este quadro, cada vez que efectue uma mudança de posição, de 2 em 2 horas, deve colocar um X de acordo com a mudança feita no utente, isto prevenira o surgimento de escaras.

Dia:..... Unidade.....enfermeiro resp.... Familiar....

Tabela 3: Tabela de mobilização

| Hora | Lateral Esq | Lateral Dt° | Dorsal | Sentado | Outros | Assinatura |
|-------------|------------------------|------------------------|---------------|----------------|---------------|-------------------|
| 8 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |
| 12 | | | | | | |
| 14 | | | | | | |
| 16 | | | | | | |
| 18 | | | | | | |
| 20 | | | | | | |
| 22 | | | | | | |
| 24 | | | | | | |
| 02 | | | | | | |
| 04 | | | | | | |
| 06 | | | | | | |

Fonte: Elaboração própria Nota: Lateral Esq- Lateral Esquerdo Lateral Dt°- Lateral Direito

Enquadrar a dieta qualitativamente, quantitativamente e a hidratação

A dieta e a hidratação em qualquer utente e especialmente em idosos acamados é de extrema importância, permite a manutenção do organismo, contribuindo para uma melhoria do estado de doença.

Este quadro servirá ao enfermeiro como documento de análise que permitirá o enfermeiro saber a qualidade de alimentos que a família oferece ao utente, a quantidade de comida que ele esteja ingerindo, a quantidade de líquidos, nomeadamente água que o utente consome diariamente.

Os alimentos líquidos fazem parte da dieta, mas aqui optamos por separar para melhor entendermos o estado de hidratação do utente.

Esta tabela foi elaborada com o intuito de ser utilizada apenas no domicílio, embora não deixa também de ser uma mais-valia no hospital, mas inicialmente foi elaborada para ter a percepção do estado de nutrição e hidratação do idoso no domicílio.

Tabela4: Tabela de Nutrição

| Hora | Dieta | Qt | Hidratação | Qt | Assinatura | |
|--------------|--------------|-----------|-------------------|-----------|-------------------|-------------------|
| | | | | | Familiar | Enfermeiro |
| 8:00 | | | | | | |
| 11:00 | | | | | | |
| 13:00 | | | | | | |
| 16:00 | | | | | | |
| 19:00 | | | | | | |
| 22:00 | | | | | | |

Fonte: elaboração própria

Nota: Qt: quantidade

Bibliografia

- ❖ BERGER, Louise ; MAILLOUX-POIRIER, D. M (1995). – Pessoas idosas: uma abordagem global. Lisboa: Lusodidata.
- ❖ CABETE, D.G. (2005). O Idoso a Doença e o Hospital: o Impacto do Internamento Hospitalar no Estado Funcional e Psicológico das Pessoas Idosas. Loures: Lusociência.
- ❖ CALDAS (2003), Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 773-781.
- ❖ CENTRO DE MEDICINA DO IDOSO. O idoso acamado. Disponível em: <http://www.gedarni.com.br/idoso_acamado>. Acesso em 22 de abril de 2016.
- ❖ COLLIÉRE, Marie Françoise (1999) – Promover a vida, Lidel Edições Técnicas, 2ª tiragem;
- ❖ COLLIÉRE, M. F.(1989)- Promover á vida, Lisboa, Sindicato dos Enfermeiros
- ❖ CHAIMOWICZ, Flávio. et al. Saúde do idoso. Editora Coopmed: Belo Horizonte, 2009.
- ❖ CRAIG, Jean V. e SMYTH, Rosalind L. (2004) -Prática Baseada na Evidência: manual para enfermeiros. Loure. Lusociência.
- ❖ FERNANDES, P. (2000). A depressão no idoso. Lisboa: Quarteto Editora
- ❖ FIGUEIREDO, Maria do livramento. et al. Diagnósticos de enfermagem do idoso acamado no domicílio. Revista brasileira de enfermagem, v. 61, n. 4, p.464-69. Brasília, 2008.
- ❖ FILHO, António Martins (2001)- Cuidado como Essência Humana em Martin
- ❖ FIGUEREDO, M. H. J.S., Martins, M. M. F. P. S. (2009). Dos contextos da prática à Construção do modelo de cuidados de enfermagem de família. Revista da Escola Enfermagem – USP, 43(3), 615-21.
- ❖ FORTIN, Marie-Fabienne (1996),O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização, Loures: Lusociência
- ❖ FRIEDMAN, M.M. Family nursing theory and practice. 3. ed. Connectint,Appleton Lange, 1992. cap. 2, p. 21-36: Family nursing: focus, evolution and goals.
- ❖ FRIEDMAN, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2003) Family nursing: Research, theor and assessment (5th ed.). Upper Saddle River, N. J.: Prentice Hall
- ❖ HANSON, S. M. (2005). Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação. Loures: Lusodidacta.
- ❖ HESBEEN, W. Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. Loures: Lusociência; 2000.
- ❖ <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/609>,2016-09-16, 19:20
- ❖ <http://www.oceanpress.info/cms/en/pt>, 2016-07-22, 22:58

- ❖ <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/609-19/09/2016> 19:20
- ❖ http://www.slideshare.net/Ministerio_Educacao/boletim-oficial-n-38-de-28-de-novembro-de-2011-2016-06-11, 12:47
- ❖ <http://www.oceanpress.info/cms/Pt/especial/sociedade/45209-esperanca-media-de-vida-em-cabo-verde-aumenta-cinco-anos> 22/08/16 -12:08
- ❖ <https://pt.wikipedia.org/wiki/Enfermagem>- 29/01/2016- 14:00
- ❖ <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/26626/2/Helena%20Asceno%202010%20Dissertao%20de%20Mestrado%20em%20Cincias%20de%20Enfermagem%20%20Da%20qualidade%20dos%20cuidados%20%20satisfao%20das%20neces1.pdf?links=false-> 19/07/2017- 14:15
- ❖ <http://www.repositorio.uff.br/jspui/bitstream/1/3166/1/Valquiria%20Carvalho%20Silva.pdf> 19/07/2017 14:01
- ❖ <https://www.promolar.com.br/idoso/a-atencao-ao-idoso-acamado.html> 31/07/2017 13:52
- ❖ <https://www.promolar.com.br/idoso/mobilidade-posicionamento-e-transferencia-do-idoso.html> 31-07-2017 14:11
- ❖ <http://www.ufjf.br/admenf/files/2013/05/O-CUIDAR-E-AS-COMPET%C3%84NCIAS-DA-EQUIPE-DE-ENFERMAGEM.pdf> 31/07/2017 15:38
- ❖ <http://kdfrases.com/autor/cora-coralina> 02-08-2017 11:21
- ❖ LÁZARO, M. Torrejón. La Enfermera Geriátrica. Cap. 3. In: GIL, B. Enfermería Geriátrica: Clínica y Práctica. Madri: Paradigma, 1994.
- ❖ LEME, L. E. G.; SILVA (2009), O idoso e a família. In: PAPALEU NETTO, M. (Org.). Gerontologia: a velhice e o envelhecimento RBCEH, Passo Fundo, v. 6, n. 3, p. 413-421, set./dez. 2009
- ❖ LIPSON, J. (1991), The use of self in ethnographic research, in J. Morse (dir.), Qualitative Nursing Research: A Contemporary Dialogue, Newbury Park (Calif.), Sage.
- ❖ MACHADO, L.; Queiroz, Z. V. (2006). “Negligência e maus tratos” In: Freitas, E.V. et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- ❖ MENEZES, Maria do Rosário de. Violência contra idosos: é preciso de simpatia! In: BERZINS, Marília Viana; MALAGUTTI, William. Rompendo o silêncio: faces da violência na velhice. São Paulo: Martinari (2010).
- ❖ MONIZ, N (2003)- A enfermagem e a pessoa Idosa- A pratica de cuidados como Experiencia Formativa, Loures, Lusociência.
- ❖ MORAES, Edgar Nunes de; MORAES, Flávia Lanna de; LIMA, Simone de Paula Pessoa. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. Rev Med Minas Gerais. v.20, n.1; 2010

- ❖ NIGHTINGALE, Florence. Notas sobre Enfermagem: um guia para cuidadores na atualidade. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
- ❖ Organization Mondiale de la Santé. (2000). L'infirmiere de famille, contexte, cadre conceptuel Et programme d'études. Obtido em 4 Fevereiro de 2005, de
- ❖ [http:// www.see-educoop-net7education_in/pdf/family_health_nurse-oth-frn-t06-pdf](http://www.see-educoop-net7education_in/pdf/family_health_nurse-oth-frn-t06-pdf).
- ❖ PACHECO, Susana (2002) – Cuidar a pessoa em fase terminal – perspectiva ética, Loures, Editora Lusociência;
- ❖ PATTON, M. (1990), Qualitative Evaluation and Research Methods, 2ªed., Newbury park (calif.),Sage.
- ❖ QUEIROS, Ana Albuquerque; Meireles, M. Amélia; Cunha, S. R. (2007). Investigar para compreender. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-38
- ❖ RAMOS, Luis Roberto. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo>>. Acesso em: 13 maio de 2010.
- ❖ REIS, R. K. V. A visão do trabalho assistencial realizado pelo enfermeiro no domicílio. Cascavel: Unioeste, 2005.
- ❖ SERRA, M. N. (2005). Aprender a Ser Doente. Loures: Lusociência.
- ❖ SIQUEIRA, A., Cordeiro, R., Perracini, M., Ramos, L.R. (2004). Impacto funcional da & internação hospitalar de pacientes idosos. Revista de Saúde Pública
- ❖ SMELTZER, C. S.; BARE, G. B. Brunner & Sddarth: tratado de enfermagem médico – cirúrgica. 10. ed; Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- ❖ Squire, A.(2005)- Saúde e bem- estar para pessoas idosas- Fundamentos básicos para a pratica, Loures, Lusociência.
- ❖ STANHOPE, Marcia – *Teorias e Desenvolvimento Familiar*. In STANHOPE, Marcia ; LANCASTER, Jeanette(1999) – Enfermagem Comunitária: Promoção de Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos. 1.ª ed. Lisboa : Lusociência.
- ❖ TRELHA, Celita Salmaso. et al .Capacidade Funcional de Idosos Restritos ao Domicílio. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, v. 26, n. 1, p. 37-46 Londrina, jan./jun. 2005.
- ❖ TIMBY, K. B. Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem. 6. ed; Porto Alegre: Artmed, 2001.
- ❖ . VASH, L. C. Enfrentando a deficiência: a manifestação, a psicologia, a reabilitação. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1988.

- ❖ VOJVODIC, Carla (2004) Síndrome de Imobilidade. São Paulo.
- ❖ WALDOW, V., Lopes, M. e Mayer, D. (1998). Maneiras de cuidar, Maneiras de Ensinar: a enfermagem entre a Escola e a Prática Profissional. Porto Alegre. Artes Médicas.

- ❖ WALDOW, Vera Regina(2006). Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis: Voze..
- ❖ WALTER, L. R. Técnicas básicas de enfermagem. 2. ed; Curitiba: Século XXI, 2004.
- ❖ WATSON, J. (2002). Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem. Loures. Lusociência, pp. 54, 55, 60, 61, 114, 115, 119, 129.
- ❖ WATSON, Jean. Nursing the philosophy and science of caring. Boulder. Colorado:Colorado Associated University, 1985
- ❖ http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000300016
22/08/16- 13:05
- ❖ WRIGHT, M. L. & Leahey M. (2009). Nurses and families: A guide to family assessment and intervention (5th ed.) Philadelphia: F.A. Davis Company.
- ❖ KARSH, U.M. (2003). Idosos dependentes: famílias e cuidadores. Caderno de Saúde Pública, 19(3). Rio de Janeiro (RJ)

Apêndices:

Apêndice I: Carta dirigida ao HBS

*1. Directora Ana Brito
2. Directora do Hospital
3. todos
4. 2017.05.15*

**Exma. Sra. Diretora do Hospital
Baptista de Sousa**

Dra. Ana Brito

*Aos Directores dos Serviços de
Medicina, Cirurgia e Ortopedia
para parecer 16/5/17*

Mindelo, 16 de Maio de 2017

Assunto: Recolha de informações para realização da Monografia do Final de Curso.


Lenisa Elizete Neves Lima Ramos, número 2820, aluna do 4º ano de Enfermagem da Universidade do Mindelo.

No âmbito de desenvolvimento do seu trabalho de conclusão de curso/ monografia, vem por essa via solicitar a utilização para recolha de informações no Serviço de Cirurgia, Medicina e Ortopedia sobre o tema Cuidados de Enfermagem a Família com Idoso acamado.

O trabalho tem como objetivo geral identificar os cuidados de Enfermagem prestado a Família com Idoso Acamado pelos Enfermeiros do Serviço de Cirurgia do H.B.S e como objetivos específicos descrever os cuidados prestados pelas famílias do idoso acamado no ambiente domiciliar, Identificar limitações e problemas vivenciadas pelas famílias e enfermeiros do serviço de Cirurgia do H.B.S que põe em causa o cuidar do idoso acamado, Identificar a função do enfermeiro do serviço de Cirurgia do H.B.S no apoio a família com idoso acamado.

Informa-se ainda que o trabalho será orientado pela metodologia qualitativa, sendo que a recolha de informações, mediante a aplicação de entrevistas devidamente validado para o efeito.

O trabalho atenderá ou assegurará a todos os princípios éticos inerentes ao processo de investigação.


UNIVERSIDADE
do MINDELO

Discente

Lenisa Ramos

HOSPITAL DR. BAPTISTA DE SOUSA

ENTRADA Nº 2820 - 2017

O Funcionário
Henrique

Contacto: 9944629 Email: lenisaramos@hotmail.com

Apêndice II: Guião de entrevista dos enfermeiros

Guião de entrevista dirigida aos enfermeiros do Sector de Cirurgia do Hospital Batista de Sousa

Achou-se pertinente realizar algumas questões aos enfermeiros de forma a identificar as dificuldades enfrentadas junto dos Utente Idoso Acamado e a sua Família e de forma a comprovar se realmente os Idosos Acamados é uma população alvo deste sector.

1. Idade____
2. Género: F____ M ____
3. Estado civil: Casado(a)____ Solteiro? (a) ____ Viúvo(a)____outros
- 4.Habilitações Literárias: Licenciatura____ Bacharelado ____
5. Quantos anos de trabalho têm?
- 6.Tem quantos anos trabalhando neste Sector?
7. Neste sector costuma ser hospitalizado muitos idosos acamados?
8. Segundo aquilo que vê, quais são as principais causas que identifica na hospitalização desses idosos?
9. Essas hospitalizações costumam ser um fator isolado ou recorrente?
10. Enquanto enfermeiro consegue prestar um cuidado de qualidade ao Utente Idoso Acamado neste sector?
11. Identifica alguma limitação neste sector para que preste um cuidado de qualidade aos idosos acamados, se sim quais?
12. A família é envolvida nos cuidados prestados aos utentes idosos acamados?

13. Se sim de forma a família é envolvida?
14. Acha que os familiares estão preparados para cuidar desses idosos em casa?
15. Quais as principais dificuldades que identifica nesse cuidador familiar?
16. Na sua opinião qual é o papel do enfermeiro junto da família de forma a melhorar a qualidade de vida desses Idosos?
17. Enquanto Enfermeiro tem desempenhado este Papel e se não quais as limitações que tem encontrado?

Apêndice III: Guião de entrevista dos familiares

Guião de entrevista aos Familiares de Idosos Acamados

1. Idade
2. Sexo F____ M ____
3. Estado civil Casado(a)____ Solteiro?(a) ____ Viúvo(a)____
4. A sua família é composta por quantos membros?
5. Quantos participam no processo de cuidado?
6. Há quanto tempo o seu familiar se encontra acamado?
7. Quantas vezes já foram hospitalizado?
8. Consegue cuidar do seu familiar sem qualquer dificuldade?
9. Tem tido algum apoio de profissionais de saúde e de outras entidades?
10. Considera ter conhecimentos e habilidade para cuidar dele?
11. Quais são os principais cuidados que considera ser importante ter como o seu idoso?
12. Quais considera importante para evitar complicações?

Apêndice IV: consentimento informado

Termo de Consentimento Informado

No âmbito do trabalho de conclusão do curso de Licenciatura em Enfermagem pela Universidade do Mindelo, eu, Lenisa Elizete Neves Lima Ramos, pretendo realizar um estudo sobre o tema “Cuidados de Enfermagem a Família com Idoso Acamado” cujo objectivo é descrever a experiencia de vida do cuidador familiar do Idoso Acamado e o contributo que o Enfermeiro pode dar a essa família de modo a contribuir para melhor qualidade de cuidados a esse idoso. Neste sentido gostaria de conhecer a vivencia de alguns cuidadores e familiares, bem como experiencias e dificuldades enfrentadas.

Sendo assim solícito a sua participação no estudo de livre e espontânea vontade.

Tem como tarefa responder algumas questões que lhe serão colocadas, as respostas serão gravadas em áudio e analisadas posteriormente. A confidencialidade das informações e a sua identidade serão protegidas ao longo do estudo.

Este estudo não causara nenhum dano, mas sim um contributo a enfermagem da Família no que toca a assistência a família com idoso acamado e as intervenções dirigidas a mesma.

Este documento devera ser assinado caso não existir dúvida relativamente ao estudo.

Assim a assinatura neste documento representa seu consentimento livre.

Eu _____ declaro ser da minha livre vontade participar no estudo realizado pela estudante de Enfermagem Lenisa Ramos.

Mindelo, ____ de _____ de 2017

Apêndice V: Cronograma

Cronograma

Tabela 5: Cronograma

| Actividades | Meses 2016/2017 | | | | | | |
|---|------------------------|-------------|--------------|--------------|---------------|-----------------|-----------------|
| | Outubro | Maio | Junho | Julho | Agosto | Novembro | Dezembro |
| Escolha do tema | x | | | | | | |
| Troca de Orientador | | x | | | | | |
| Entrega de Carta de pedido de autorização a HBS | | x | | | | | |
| Autorização concebida da recolha de dados | | | x | | | | |
| Pedidos de dados ao serviço de Estatística da HBS | | | x | | | | |
| Dados recolhidos do serviço de Estatística do | | | | x | | | |

| | | | | | | | |
|------------------------------------|--|--|----------|----------|----------|----------|----------|
| HBS | | | | | | | |
| Desenvolvimento Teórico | | | X | X | X | | |
| Entrevistas e a análise das mesmas | | | | | X | | |
| Considerações finais | | | | | | X | |
| Entrega do trabalho final | | | | | | X | |
| Defesa do trabalho | | | | | | | X |